# Office of the Chief Medical Examiner

# ANNUAL REVIEW

# 2003

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Justice Manitoba
Manitoba Justice

# Office of the Chief Medical Examiner

# ANNUAL REVIEW

# 2003

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

# Table of Contents


| | |
|---|---|
| History of the Medical Examiner's System | 1 |
| Introduction | 2 |
| Caseload Statistics – 2003 | 4 |
| Types of Deaths Investigated and Certified | 6 |
| Homicides | 6 |
| Suicides | 7 |
| Accidental Deaths | 9 |
| Undetermined Deaths | 10 |
| Natural Deaths | 11 |
| Summary of Deaths of Personal Care Home Residents | 12 |
| Summary of Children's Deaths | 12 |
| Sudden Infant Death Syndrome | 13 |
| Manitoba Deaths – A 10 Year Review | 14 |
| Inquests | 17 |
| Inquests/Recommendations – 2003 | 18 |
| Reported Deaths of Children-in-Care | 40 |
| Chief Medical Examiner's Recommendations To Minister of Family Services – 2003 | 41 |

# History of the Medical Examiner's System

The medical examiner and the medical examiner's system have evolved from duties that were assigned to coroners and systems put in place to effect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is derived from the old French spelling of the word "crown". The Office of the "Crowner" (Crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the Crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the Office of the Coroner was the Statute of Westminster in 1275, which established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the coroner for each inquest held.

Historically Canada inherited the concepts of coroner and coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial, and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal Law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of provincial legislation established the jurisdiction and role of the coroner and continued the coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries, and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the coroner's concept still remains.

With the advancement of the forensic sciences and pathologists specially trained in forensic medicine, it seemed logical to report cases to qualified medical persons instead of lay coroners as the bulk of reportable cases were medical in nature. From this evolved the medical examiner's system.

As recently as 1971 Manitoba enacted and proclaimed *The Fatality Inquiries Act* to replace *The Coroner's Act*. This statute was reenacted in 1975 and 1987, and, remained in effect until May 14th, 1990 when a new *Fatality Inquiries Act* was proclaimed.

The distinct feature of the current *Act* is the division of responsibilities into medical and legal disciplines. The initial inquiry into the cause and manner of death is carried out by a duly qualified medical practitioner. The inquest, when deemed necessary, is conducted by a provincial judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that the medical examiner's system in Manitoba, while relatively recent in origin, has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the coroner's system.

# Introduction

The Office of the Chief Medical Examiner in Manitoba is responsible under *The Fatality Inquiries Act* and *The Vital Statistics Act* for the inquiry/investigation and certification of all deaths which are the result of violence or which are unexpected, unexplained, or unattended. Certain hospital and institutional cases are also investigated – notably those of individuals who die within 24 hours of admission, within ten days of surgery, or, while under or recovering from anesthesia. Included as well are the deaths of persons who are being held involuntarily or who are residents of a personal care home. The CME also completes legislated reviews of services provided to deceased children and/or their parents or guardians by agencies of Child and Family Services (CFS).

The area of jurisdiction is the Province of Manitoba, which has a population of approximately 1.15 million people. In addition the medical examiner has jurisdiction over those who travel through the Province.

The medical examiner's system under the direction of the Chief Medical Examiner is managed from a central office located in Winnipeg. The office has 14 permanent staff members: a director, six medical examiner's investigators, two special investigators to review CFS services, a statistician, and four administrative secretaries. The fee-for-service element is provided by 32 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors, and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner's investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system.

Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon and Thompson, part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Alcohol and toxicology analysis is provided by the Biochemistry Section at St. Boniface General Hospital. Testing in criminal cases is done at the RCMP Forensic Laboratory. Other specialty tests are obtained whenever they are required utilizing resources both in and outside the Province of Manitoba.

In 2003, 5963 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office representing 60% of all deaths in Manitoba during the year. The reports generated by the medical examiners/medical examiner's investigators contained information on the identity of the deceased, the cause and manner of death, and a summary of the circumstances surrounding the death. In many cases the Royal Canadian Mounted Police and local community police assisted the medical examiners in conducting their investigations.

The Office of the Chief Medical Examiner also has a mandate to investigate all children's deaths and to identify situations of risk. Consequently if a child dies while in care, the office not only conducts the inquiry or investigation required under *The Fatality Inquiries*

*Act*, but reviews the actions of CFS agencies that provided services to the child and its parents or guardians. This review takes the form of a confidential report to the Minister of Family Services & Housing.

The office is involved with the eye, tissue and organ donor programs. As a result regular donations are made to the Lions Eye Bank and transplant program.

Appreciation is expressed to all law enforcement services and other related agencies that cooperated and assisted the medical examiner's office in conducting its death investigations over the past year. The office would also like to thank the Province's medical examiners who have shown, frequently under less than perfect conditions, a high level of dedication and professionalism.

## CASELOAD STATISTICS 2003

| | |
|---|---|
| **Medical Examiner Certified Cases** | **1605** |
| **Non-Medical Examiner Cases** | **4358** |
| **Total Caseload** | **5963** |

## CASELOAD REVIEW 1989 – 2003

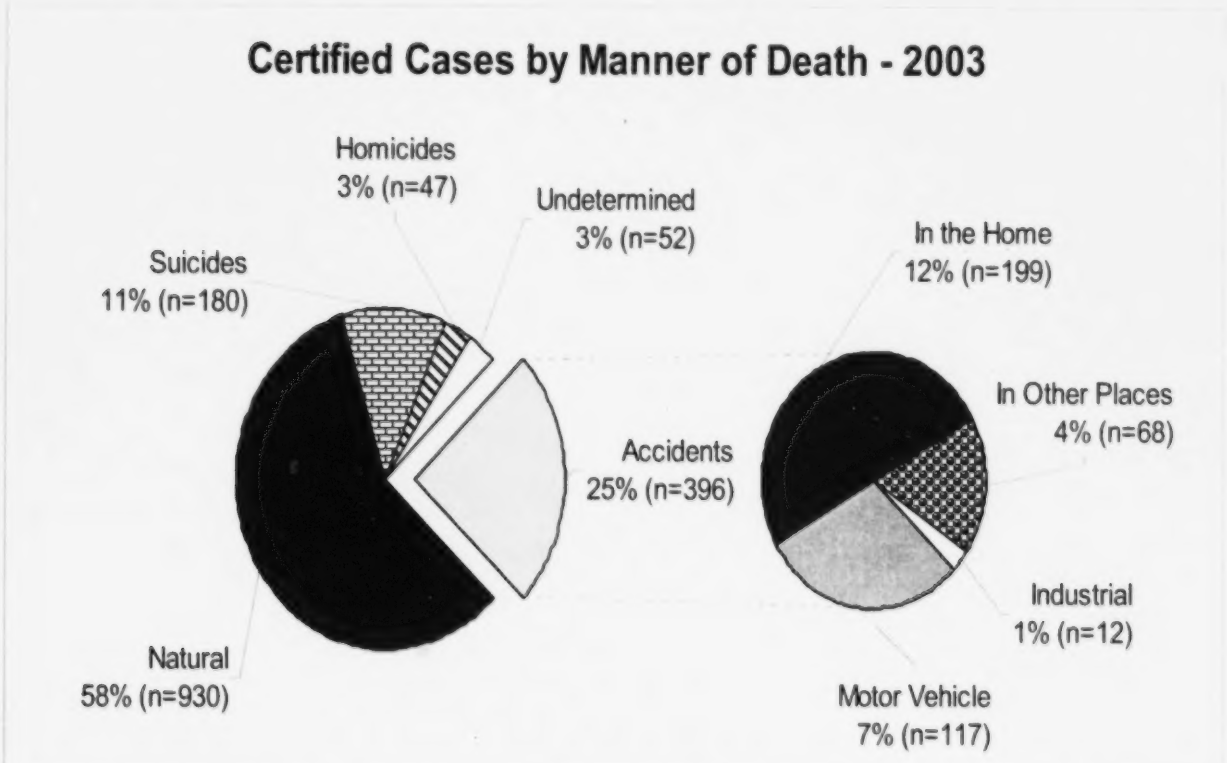
| YEAR | TOTAL |
|---|---|
| 1989 | 2582 |
| 1990 | 2633 |
| 1991 | 2713 |
| 1992 | 2741 |
| 1993 | 2850 |
| 1994 | 3150 |
| 1995 | 3188 |
| 1996 | 3031 |
| 1997 | 3197 |
| 1998 | 3178 |
| 1999 | 5567 |
| 2000 | 5590 |
| 2001 | 5804 |
| 2002 | 5935 |
| 2003 | 5963 |

Note: Beginning with the 1999 Annual Review, the total number of cases under caseload review include all cases reported to the Office of the Chief Medical Examiner. The totals provided for years prior to 1999 included only cases certified by a medical examiner and non-medical examiner cases investigated by medical examiner investigators. Those totals did not include certain non-medical examiner cases, such as personal care home deaths, which did not require certification by a medical examiner. Therefore totals since 1999 provide a more accurate representation of the total yearly caseload handled by the Office of the Chief Medical Examiner.

## REGIONAL DISTRIBUTION OF CASES

| MANNER OF DEATH | URBAN | RURAL | TOTAL |
|---|---|---|---|
| *Natural* | 3679 | 1609 | 5288 |
| *Accidents in the Home* | 155 | 44 | 199 |
| *Motor Vehicle Accidents* | 43 | 74 | 117 |
| *Accidents in Other Places* | 31 | 37 | 68 |
| *Industrial Accidents* | 4 | 8 | 12 |
| *Suicides* | 101 | 79 | 180 |
| *Homicides* | 20 | 27 | 47 |
| *Undetermined* | 42 | 10 | 52 |
| ***TOTAL*** | **4075** | **1888** | **5963** |

Note: "Urban" in these statistics include only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba classified as "Urban".




Note: Certified cases are those investigated by a medical examiner.

# TYPES OF DEATH
# INVESTIGATED AND CERTIFIED

## HOMICIDES

| District | Male | Female | Total |
|---|---|---|---|
| Urban | 16 | 4 | 20 |
| Rural | 21 | 6 | 27 |
| Total | 37 | 10 | 47 |

## HOMICIDES BY AGE AND METHOD

| | Age | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Method | 0-9 | 10-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | Over 60 | Total |
| Firearms | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Blunt Weapon/ Violence | 0 | 4 | 6 | 3 | 1 | 1 | 0 | 15 |
| Stabbing/ Incised Wound | 0 | 1 | 10 | 5 | 2 | 0 | 1 | 19 |
| Battered Child (Shaken Baby) | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Strangulation | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Other | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 5 |
| Total | 4 | 6 | 18 | 9 | 5 | 1 | 4 | 47 |

## SUICIDES

| District | Male | Female | Total |
|---|---|---|---|
| **Urban** | 69 | 32 | 101 |
| **Rural** | 73 | 6 | 79 |
| **Total** | **142** | **38** | **180** |

## SUICIDES BY AGE AND GENDER

| | Age | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gender** | **10-19** | **20-29** | **30-39** | **40-49** | **50-59** | **60-69** | **70-79** | **> 80** | **Total** |
| **Male** | 16 | 25 | 37 | 25 | 16 | 12 | 5 | 5 | 142* |
| **Female** | 7 | 8 | 6 | 4 | 8 | 2 | 2 | 1 | 38 |
| **Total** | **23** | **33** | **43** | **29** | **24** | **14** | **7** | **6** | **180*** |
| **Per 100,000** | **13.71** | **21.64** | **26.27** | **15.96** | **17.11** | **15.82** | **9.90** | **12.76** | **15.52** |

Note: "Rate per 100,000 population" is calculated according to age group populations for Manitoba as of June 2003 (Manitoba Population Report; Manitoba Health).
* Age not determined for 1 male suicide

## METHOD OF SUICIDE

| Method | Male | Female | Total | Percentage of Total |
|---|---|---|---|---|
| **Hanging/Strangulation** | 71 | 19 | 90 | 50.0% |
| **Firearms** | 32 | 1 | 33 | 18.3% |
| **Drug Overdose** | 16 | 14 | 30 | 16.7% |
| **Carbon Monoxide** | 6 | 1 | 7 | 3.9% |
| **Suffocation** | 3 | 1 | 4 | 2.2% |
| **Jumping From Heights** | 3 | 1 | 4 | 2.2% |
| **Motor Vehicle Related** | 4 | 0 | 4 | 2.2% |
| **Drowning** | 2 | 1 | 3 | 1.7% |
| **Other** | 5 | 0 | 5 | 2.8% |
| **Total** | **142** | **38** | **180** | **100.0%** |

## SUICIDES BY REGION AND MONTH

| Month of Death | Urban | Rural | Total |
|---|---|---|---|
| January | 15 | 5 | 20 |
| February | 4 | 7 | 11 |
| March | 9 | 8 | 17 |
| April | 7 | 5 | 12 |
| May | 13 | 6 | 19 |
| June | 11 | 4 | 15 |
| July | 10 | 7 | 17 |
| August | 7 | 9 | 16 |
| September | 8 | 7 | 15 |
| October | 2 | 8 | 10 |
| November | 4 | 8 | 12 |
| December | 11 | 5 | 16 |
| Total | 101 | 79 | 180 |

# ACCIDENTAL DEATHS

## Non-Traffic Accidents

| Industrial | Urban | Rural | Total Deaths |
|---|---|---|---|
| Construction | 1 | 2 | 3 |
| Farming | 0 | 3 | 3 |
| Hunting | 0 | 1 | 1 |
| Forestry | 0 | 1 | 1 |
| Other | 3 | 1 | 4 |
| **Total** | **4** | **8** | **12** |
| **Accidents In The Home** | | | |
| Falls | 97 | 20 | 117 |
| Drugs/Alcohol Overdose | 37 | 12 | 49 |
| Asphyxia | 9 | 4 | 13 |
| Smoke Inhalation | 3 | 6 | 9 |
| Drowning | 3 | 1 | 4 |
| Burning/Scalding | 4 | 0 | 4 |
| Hypothermia | 1 | 0 | 1 |
| Inhalation/Sniffing | 1 | 1 | 2 |
| **Total** | **155** | **44** | **199** |
| **Accidents In Other Places** | | | |
| Falls | 17 | 3 | 20 |
| Drowning | 3 | 16 | 19 |
| Exposure | 1 | 10 | 11 |
| Therapeutic Misadventure | 5 | 0 | 5 |
| Drugs / Alcohol | 2 | 2 | 4 |
| Asphyxia | 2 | 0 | 2 |
| Animal Related (Not MVA) | 0 | 2 | 2 |
| CO Poisoning | 1 | 0 | 1 |
| Hunting | 0 | 1 | 1 |
| Other | 0 | 3 | 3 |
| **Total** | **31** | **37** | **68** |
| **Total Non – Traffic Accidents** | **190** | **89** | **279** |

| Motor Vehicle Accidents | Urban | Rural | Total Deaths |
|---|---|---|---|
| Single Vehicle | 13 | 34 | 47 |
| Vehicle/Vehicle | 10 | 28 | 38 |
| Vehicle/Pedestrian | 10 | 4 | 14 |
| All Terrain Vehicle | 2 | 2 | 4 |
| Train/Pedestrian | 3 | 0 | 3 |
| Vehicle/Motorcycle | 1 | 1 | 2 |
| Multiple Vehicle | 1 | 1 | 2 |
| Vehicle/Cyclist | 1 | 1 | 2 |
| Snowmobile | 0 | 1 | 1 |
| Motorcycle | 1 | 0 | 1 |
| Vehicle/Train | 0 | 1 | 1 |
| Minibike/Dirtbike | 1 | 0 | 1 |
| Other | 0 | 1 | 1 |
| **Total** | **43** | **74** | **117** |
| **Total Non-Traffic Accidents** | **190** | **89** | **279** |
| **Total Traffic Accidents** | **43** | **74** | **117** |
| **Total Accidental Deaths** | **233** | **163** | **396** |

## UNDETERMINED MANNER OF DEATH

| Cause of Death | Male | Female | Total |
|---|---|---|---|
| No Anatomical Cause Found | 11 | 6 | 17 |
| Drug/Alcohol Overdose | 4 | 7 | 11 |
| SUID | 4 | 2 | 6 |
| Exposure | 1 | 1 | 2 |
| SIDS | 2 | 0 | 2 |
| Asphyxia | 2 | 0 | 2 |
| Multiple Injuries | 1 | 0 | 1 |
| CO Poisoning | 0 | 1 | 1 |
| Drowning | 1 | 0 | 1 |
| Other | 3 | 6 | 9 |
| **Total** | **29** | **23** | **52** |

# NATURAL DEATHS

## Certified Natural Deaths by Cause

| Cause of Death | Male | Female | Total |
|---|---|---|---|
| Heart Disease | 374 | 137 | 511 |
| Lung Disease | 67 | 51 | 118 |
| Hemorrhage | 44 | 41 | 85 |
| Post – Operative | 27 | 21 | 48 |
| Cancer | 9 | 9 | 18 |
| No Anatomical Cause | 5 | 5 | 10 |
| Epilepsy | 2 | 5 | 7 |
| Therapeutic Misadventure | 1 | 3 | 4 |
| Peritonitis | 1 | 2 | 3 |
| Intra – Operative | 2 | 1 | 3 |
| Meningitis | 2 | 1 | 3 |
| Other | 71 | 49 | 120 |
| **Total** | **605** | **325** | **930** |

## Certified Natural Deaths by Age

| Age Group | Male | Female | Total |
|---|---|---|---|
| Under 1 year | 12 | 3 | 15 |
| 1-9 | 3 | 1 | 4 |
| 10-19 | 5 | 5 | 10 |
| 20-29 | 9 | 7 | 16 |
| 30-39 | 20 | 5 | 25 |
| 40-49 | 56 | 29 | 85 |
| 50-59 | 97 | 40 | 137 |
| 60-69 | 142 | 59 | 201 |
| 70-79 | 140 | 70 | 210 |
| 80-89 | 104 | 76 | 180 |
| 90-99 | 17 | 29 | 46 |
| Over 100 | 0 | 1 | 1 |
| **TOTAL** | **605** | **325** | **930** |

## SUMMARY OF DEATHS OF PERSONAL CARE HOME RESIDENTS

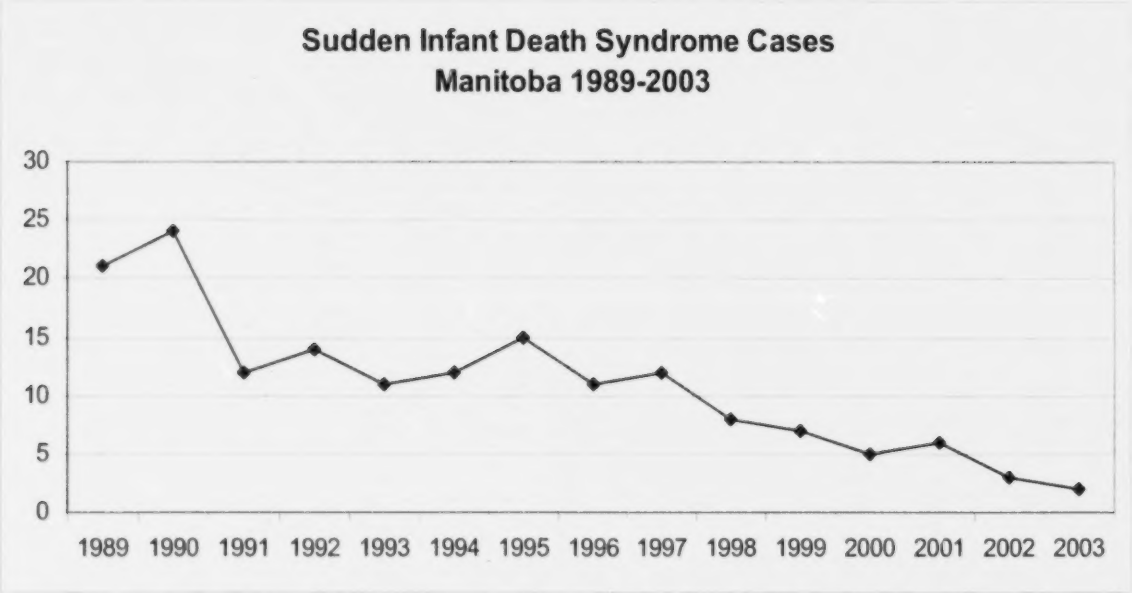
| Manner of Death | Male | Female | Total |
|---|---|---|---|
| Natural* | 26 | 38 | 64 |
| Natural** | 936 | 1711 | 2647 |
| Accidents in the Home | 21 | 33 | 54 |
| Accidents in Other Places | 0 | 0 | 0 |
| Motor Vehicle Accidents | 0 | 0 | 0 |
| Industrial Accidents | 0 | 0 | 0 |
| Suicides | 0 | 0 | 0 |
| Homicides | 0 | 0 | 0 |
| Undetermined | 0 | 0 | 0 |
| Total | 983 | 1782 | 2765 |

* Certified by a medical examiner.
** Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner.

## SUMMARY OF CHILDREN'S DEATHS (Ages 0-17 years inclusive)

| Manner of Death | Male | Female | Total |
|---|---|---|---|
| Natural* | 19 | 8 | 27 |
| Natural** | 55 | 41 | 96 |
| Accidents in the Home | 5 | 2 | 7 |
| Accidents in Other Places | 7 | 2 | 9 |
| Motor Vehicle Accidents | 8 | 5 | 13 |
| Suicides | 7 | 5 | 12 |
| Homicides | 5 | 3 | 8 |
| Undetermined | 10 | 5 | 15 |
| Total | 116 | 71 | 187 |

Note: 2 cases of SIDS are included in the undetermined category.
* Certified by a medical examiner.
** Reviewed by a medical examiner investigator and not certified by a medical examiner.



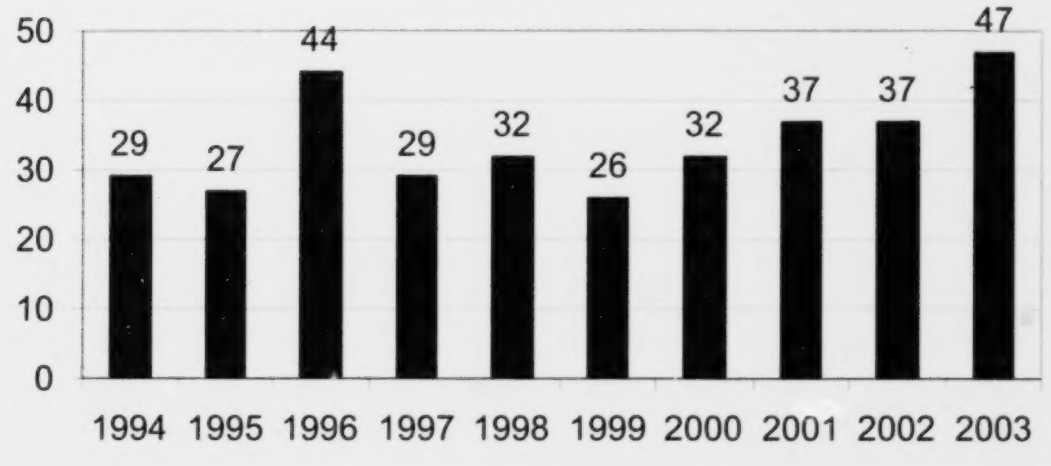

The overall incidence of SIDS has been reported as approximately 1 per 7000 live births. Although it can occur at any time during the first year of life, the peak incidence in Manitoba is during the first four months.

## SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)
## MANITOBA 2003

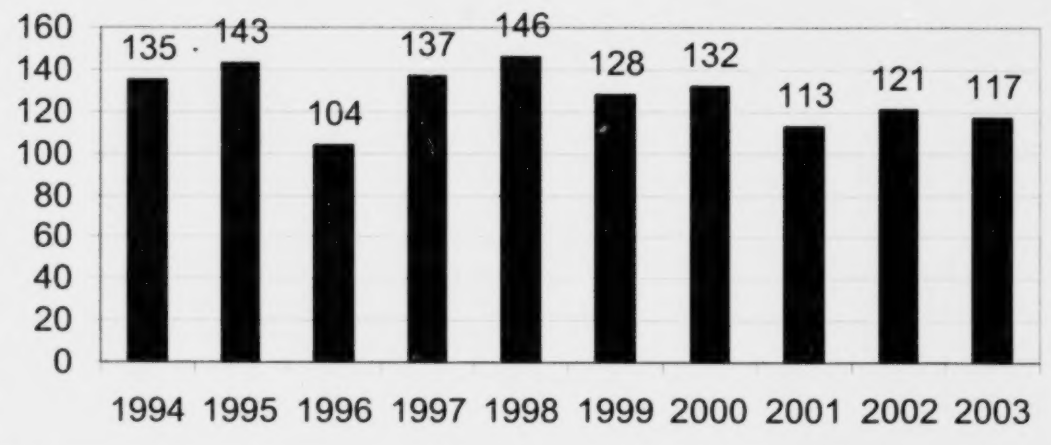
| Age Group | 0-4 Months | 5-8 Months | 9-12 Months | Total |
|---|---|---|---|---|
| January | 0 | 0 | 0 | 0 |
| February | 0 | 0 | 0 | 0 |
| March | 0 | 0 | 0 | 0 |
| April | 0 | 0 | 0 | 0 |
| May | 2 | 0 | 0 | 2 |
| June | 0 | 0 | 0 | 0 |
| July | 0 | 0 | 0 | 0 |
| August | 0 | 0 | 0 | 0 |
| September | 0 | 0 | 0 | 0 |
| October | 0 | 0 | 0 | 0 |
| November | 0 | 0 | 0 | 0 |
| December | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 2 | 0 | 0 | 2 |

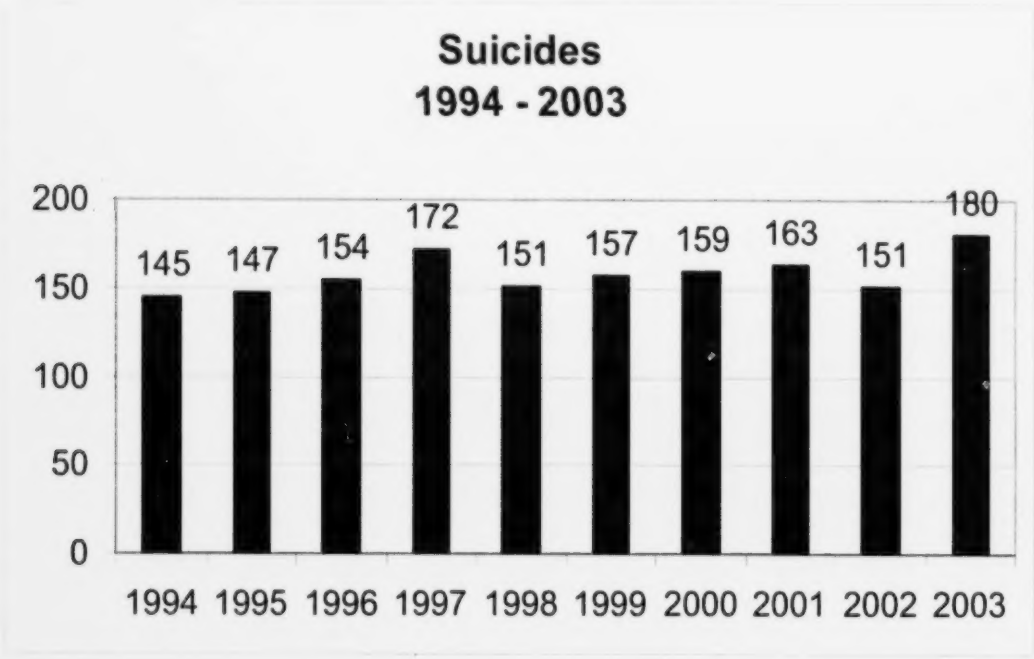
# MANITOBA DEATHS
# A 10 YEAR REVIEW

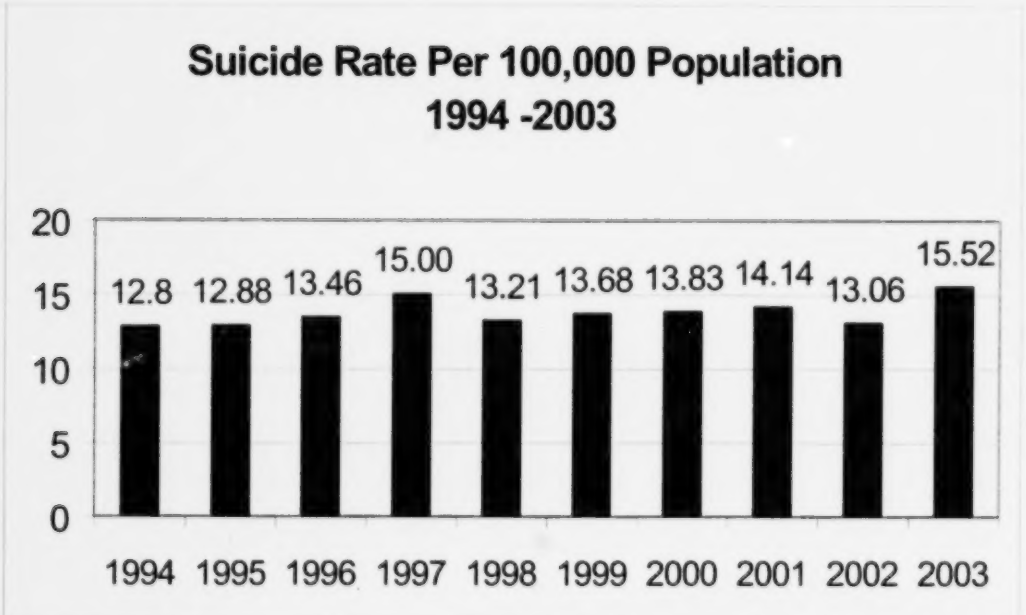
## Homicides
## 1994 - 2003



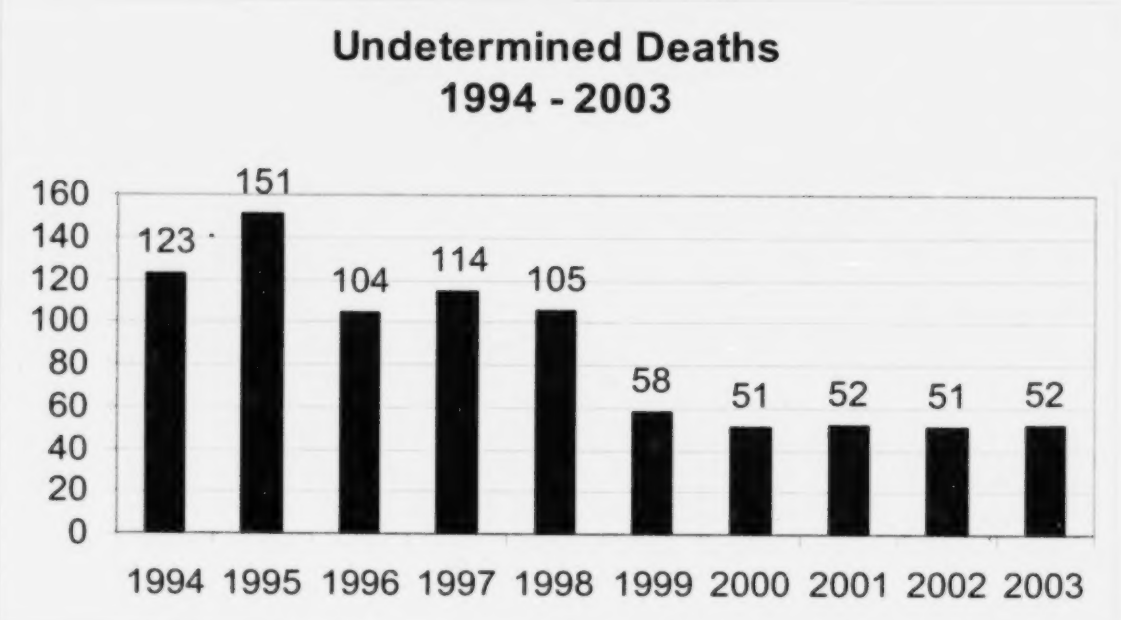

## Motor Vehicle Fatalities
## 1994 - 2003




Suicides
1994 - 2003
200
150
100
50
0
145
147
154
172
151
157
159
163
151
180
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003


Suicide Rate Per 100,000 Population
1994 -2003
20
15
10
5
0
12.8
12.88
13.46
15.00
13.21
13.68
13.83
14.14
13.06
15.52
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003

Note: Beginning in 1999, increase in statistics reflects reclassification of fall-related deaths from natural to accidental.



# INQUESTS

## INQUEST SUMMARY

| | |
|---|---|
| Inquest reports pending as of December 31, 2002 | 11 |
| Inquests called January 1, 2003 – December 31, 2003 | 3 |
| Inquest reports received January 1, 2003 – December 31, 2003 | 6 |
| Inquest reports pending as of December 31, 2003 | 8 |

### TYPE OF INQUESTS

Summary of inquest reports received
(January 1, 2003 – December 31, 2003)

| | | |
|---|---|---|
| **Recreational Related** | Accidental | 1 |
| | **Total** | **1** |
| **Police/Incarceration Related** | Accidental | 1 |
| | Homicide | 1 |
| | **Total** | **2** |
| **Child in Care Related** | Suicide | 1 |
| | **Total** | **1** |
| **Other** | Homicide | 2 |
| | **Total** | **2** |

**TOTAL INQUEST REPORTS RECEIVED IN 2003** **6**

## CASE FILE NO. 2030/99

Cause of Death: Hanging

Manner of Death: Suicide

Circumstances: This 15 year-old male was discharged from the Crisis Stabilization Unit on August 25 and sent back to live with his foster family on a farm near Dugald, Manitoba. During the afternoon hours of August 26 he became upset and angry after a phone conversation. His foster mother asked him to leave the house to cool off as he was in a very angry mood and she began to fear for her own safety. A couple of hours later the deceased's foster father arrived home. The foster parents went to look for the deceased and found him hanging from a beam in the barn.

Judicial Recommendations:

**A. Communication regarding suicide threats**

Where a child is in the care of a child and family services agency or is in custody at a youth correctional facility, information respecting suicide ideation should be documented and exchanged in writing with all other caregivers and agencies that are involved with that child. Any follow-up psychiatric or psychological reports should also be provided where relevant, and in accordance with applicable privacy legislation.
It is recommended that when a child that is placed in a foster home has a history of suicide ideation in the last year prior to the placement, specific details in this regard should be included in the background information that is provided to the foster parents.

**B. Better communication and information sharing by agencies involved in caring for children**

(i) **Communication and Contact**

It is recommended that child and family services agencies examine their policies, practices and standards, and make any necessary changes to insure that appropriate and ongoing communication takes place:

- within the agency;
- between the agency and other agencies or service providers involved with a child;

- between the child and the guardian agency; and
- between the child's family and the guardian agency.

It is recommended that child and family services agencies discuss, review and change where necessary, their role as guardians to permanent wards. The test should be to answer the question posed in John Robson's report: "If I were this child's parent and the child could not live with me in my home, what steps must I take to assure the child is loved and safe". The guardian agency should act accordingly. The guardian agency should not play a passive role, even where other service providers are involved with the child.

It is recommended that where the family of a child in the care of an agency, are prepared to offer a home for the child, and the agency's plan does not include placement in that family's home, the agency communicate this decision and provide a clear explanation for that decision to the family.

It is recommended that child and family services agencies establish better and ongoing lines of communication with youth correctional facilities, where a child who is in the care of the agency is in custody, in order to ensure better planning and reintegration into the community when the child is released.

It is recommended that the Director of Child and Family Services develop standards regarding the appropriate communication between a child in care, the guardian agency and any service provider when the child's social worker leaves work on an extended leave of absence.

It is recommended that social workers with a guardian agency maintain ongoing and regular contact with a child in their care even where a service provider is managing the child's case on a day to day basis. Such contact should include regular face to face contact.

It is recommended that social workers with a guardian agency have direct and ongoing contact with foster parents who are caring for a child even where a service provider is managing the child's case on a day to day basis.

It is recommended that where a child that is admitted to the Crisis Stabilization Unit, is under the care of or seeing a psychologist, psychiatrist or mental health therapist, that individual be notified of the child's admission.

(ii) **Information Sharing**

It is recommended that the Departments of Family Services, Corrections, and Justice develop an appropriate computer based information sharing system that would allow for the creation of a comprehensive cumulative file on a child or young person who is receiving services from these departments. In accordance with applicable privacy legislation, this system should be accessible at all times

to all persons and agencies that are providing services to the child or young person.

It is recommended that once such an information system has been developed, consultation take place with other departments that are involved in providing services to children and young persons, namely the Departments of Education and Health, to ensure that appropriate information can be shared with those systems as well. During such consultation, protocols and standards should be developed respecting appropriate access to this information.

It is recommended that federal and provincial governments provide appropriate resources to child and family services agencies, for the purpose of developing computer systems that will permit them to communicate effectively and to share information with other agencies and systems that are involved in providing services to a child.

It is recommended that workers with child and family services agencies receive adequate training to ensure that proper notes and files are kept. If necessary, additional clerical staff should be hired to type any hand written field notes of workers to insure that these notes become a part of the file.

It is recommended that child and family services agencies and service providers provide foster parents with detailed information in writing about any child who is placed in their home. Foster parents need not be included in the list of persons who have access to any central file on the child, but the information that is provided to them should include a detailed social history.

It is recommended that the Department of Corrections ensure that Predisposition reports that have been prepared respecting young persons that are serving a custodial sentence are provided to the correctional facility where the young person is serving the sentence. These reports should be available to all personnel working with the young person, including staff at the Manitoba Adolescent Treatment Centre.

It is recommended that where a child that is a ward of a child and family services agency is admitted to the Crisis Stabilization Unit detailed background information, including a social history, be provided to the CSU by the guardian agency or service provider. This information should include the details of any suicide threats that have been made by the youth in the recent past.

**C. Crisis Management**

It is recommended that in order to move away from a crisis style management to a situation where childcare workers have adequate time to properly manage their cases and to provide appropriate long-term planning for the children in their care, family services agencies ensure that workers have a reasonable caseload. Where a caseload consists of high needs children, a caseload in the

range of 20 cases per worker should be the goal of the agency.

It is recommended that family services agencies provide ongoing training opportunities and requirements for childcare workers. Such training should include improved and ongoing training in case management.

It is recommended that family services agencies, in consultation with their workers, develop appropriate stress management measures, including the implementation of a clinical support, supervision and consultation network and improved access to these services.

It is recommended that family services agencies and service providers incorporate adequate respite and emergency support as part of the plan in a specialized foster care placement.

**D. Transition to a new placement**

It is recommended that agencies involved in the placement of children pay special attention to the needs of these children during the process of transition from one placement to another. Transitions should be carefully planned and monitored to ensure the least amount of uncertainty and anxiety for the child.

**E. Continuity of care**

It is recommended that when a child in the care of a family services agency is placed in a community that is some distance from his social worker, the agency must decide having regard to the needs of that specific child whether the file should immediately be transferred to another worker or another agency. If the decision is made to transfer the file the timing of transfer should not depend solely on the stability of the child's placement.

It is recommended that when a decision is made not to transfer a file to the place where the child is in placement, funding be available to allow the social worker to participate meaningfully in case management for the child and to visit the child at least quarterly. Where a file is not transferred, a local social worker should be appointed in the place where the child is residing to act as a liaison with the case managing social worker and to ensure a free flow of information.

It is recommended that children who are in the care of an agency should always be in a position to know who their social worker is and how that person can be contacted.

It is recommended that the social worker that is responsible for a file be identifiable at all times to any outside agencies that are involved with a child.

It is recommended that where a child is going to a new placement, consideration should be given by the guardian agency to providing some funding in the per diem rates to allow a support worker or other significant person who has

previously worked with the child to transfer some hours of support to the new placement. This would allow for some continuity of care in the new placement.

It is recommended that family services agencies examine their practices and case management structures to determine whether a team approach to case management is possible. The team approach would provide that there be a primary caseworker for each child or file and a secondary or back up worker who would have some knowledge of the file and be familiar with the child. This secondary worker would be available to take responsibility for the file when the primary worker is on leave.

**F. Multi-disciplinary approach to planning**

It is recommended that the Department of Family Services establish appropriate multi-disciplinary treatment teams to develop comprehensive care plans for high-needs children in care.

It is recommended that the Director of Child and Family Services consider the feasibility of the Provincial Placement Desk having multi-disciplinary representation in order to develop comprehensive plans for high-needs children who are in care.

It is recommended that the Provincial Placement Desk replace the regional representative on the Placement Desk if it has not already done so.

It is recommended that the Provincial Placement Desk include representation from northern Manitoba.

It is recommended that the Director of Child and Family Services consider the feasibility of the Provincial Placement Desk holding monthly or semi-monthly meetings in northern Manitoba so that northern social workers can attend in person to present their referrals.

It is recommended that when the restructuring of the Child and Family Services system has been completed, each of the four new Child and Family Services Authorities have representation on the Provincial Placement Desk or its equivalent under the new system.

**G. Treatment planning**

It is recommended that child caring agencies explore the use of alternative methods of dealing with high-needs children who are in care, including such approaches as the Gentle Teaching approach.

**H. Hearing the voice of the child in planning**

It is recommended that family services agencies examine their procedures, policies and practices and make any changes necessary to ensure that children in care have a prominent voice in the process of planning for their lives and that

these children are made aware that their voices are being heard.

It is recommended that family services agencies examine and consider the use of alternative methodologies or planning tools for use in planning for high-needs children in care including the P.A.T.H. methodology.

**I. The role of family in planning for a child in care**

It is recommended that family services agencies examine their procedures, policies and practices and make any changes necessary to ensure that family members or any significant persons expressing an interest in a child who is in care are allowed to have meaningful participation in planning for that child.

**J. The role of the children's advocate**

It is recommended that the Department of Family Services ensure that all children who are in the care of a family services agency and who are able to understand are advised of the existence of the Office of the Children's Advocate and that they can request a review of their circumstances through that office.

It is recommended that the Department of Family Services ensure that the Office of the Children's Advocate is notified upon the admission of any child in the care of a family services agency to a secure care facility.

It is recommended that when a judge or master explains the rights of a child to legal representation, to children age 12 or older under Section 34 of the *Child and Family Services Act* that consideration be given to advising children of the existence of the Children's Advocate and that they can request assistance from that office.

It is recommended that the Office of the Children's Advocate prepare a leaflet or pamphlet, if this has not already been done, setting out information about the Children's Advocate for use by childcare workers and others to notify children in their care of the existence of that office.

**K. Children's Inquest Review Committee**

It is recommended, if this is not already being done, that the Chief Medical Examiner designate the most appropriate member of the Children's Inquest Review Committee, on a case-by-case basis, to contact the family of the deceased child in order to obtain the perspective of the family. This committee member will then be in a position to share the viewpoint of the family with other committee members.

**L. Fetal alcohol damage**

i) **Education and Training**

It is recommended that education programs regarding the effects of fetal alcohol damage be developed by the Department of Education and taught to all students at the Junior High and High School level as part of a mandatory curriculum.

It is recommended that all child care workers, health care workers, teachers and day care workers be given mandatory education and training in FAS/FAE to assist them in recognizing fetal alcohol damage in the children that they have contact with and in dealing appropriately with and planning for these children.

It is recommended that the Department of Education in conjunction with the Department of Family Services develop appropriate education programs for children who have FAS/FAE so that the school experience for these children can be a positive one.

It is recommended that parents and foster parents of FAS/FAE children receive ongoing training and support in dealing appropriately with such children in order to avoid many of the secondary disabilities that such children may develop.

It is recommended that parents who have had one FAS/FAE child receive intensive education, intervention, support and supervision through child and family services agencies in order to reduce the likelihood of such damage to any future children.

ii) **Assessment and Diagnosis**

It is recommended that where a child caring agency is aware that a mother has a history of alcohol use during her pregnancy a mandatory FAS/FAE assessment be done to insure early diagnosis and appropriate intervention and support.

It is recommended that where a child caring agency is aware that a mother has given birth to an FAS/FAE child, any other biological children of that mother whether born before or after, should also be assessed for fetal alcohol damage.

It is recommended that more multidisciplinary Fetal Alcohol Syndrome Teams like the ones in Winnipeg and Thompson be set up to ensure that all affected children in the province can be assessed for fetal alcohol damage at an early age, so that plans can be made to assist families and caregivers in dealing appropriately with the care of these children. Such teams must be adequately funded to ensure that all families have access to this expertise.

It is recommended that the Fetal Alcohol Syndrome Team in Thompson be adequately funded so that it is able to travel outside the City of Thompson to other northern communities in order to assess children in those communities for FAS/FAE.

It is recommended that child caring agencies make every effort to ensure that children who are suspected of having been exposed to pre-natal alcohol use are assessed for FAS/FAE prior to age six.

iii) **Planning and Support**
It is recommended that where a child has been assessed as having FAS/FAE, all agencies that are involved in planning for that child should place particular emphasis on the need for a stable, structured, and consistent home life and should make every effort to avoid frequent changes of placement for that child.

iv) **Legislation**
It is recommended that the government of Manitoba consider drafting appropriate constitutional legislation to protect fetuses from the effects of substance abuse.

v) **Community Capacity**
It is recommended that community members, leaders, and organizations take ownership of these issues in order to build community capacity and create a culture and an atmosphere where the cycle of alcohol abuse does not repeat itself from generation to generation.

**M. Early intervention and prevention**
Given all that is now understood about the vital importance of the early years of a child's life it is recommended that the government of Manitoba make early child development a high public priority.

It is recommended that the Department of Family Services and Housing in consultation with the Department of Education establish early child development and parenting programs and facilitate the development of capacity at the community level to establish such programs.

It is recommended that an appropriate parenting program be a part of the mandatory curriculum of all students at the Junior High and High School level.

It is recommended that childcare workers, daycare workers and other professionals who work with young children receive appropriate training to ensure that all are aware of the importance of early child development and learning.

**N. Resources and funding issues**
It is recommended that the parties to the AJI-CWI ensure that adequate funding and resources are provided in the restructured child and family services system for early intervention and preventive programming.

It is recommended that in providing funding to child and family services agencies the provincial and federal governments specifically allocate separate funds for prevention programs and initiatives.

It is recommended that adequate funding for professional training and development be built into the funding formulas of family services agencies.
It is recommended that funding formulas for family services agencies not be based on population but on a model that reflects the needs and capacities of particular communities.

It is recommended that additional specialized group homes and foster homes be developed in the province to ensure that all children who require such level 4 and level 5 resources need not wait for months for an appropriate placement.

It is recommended that agencies be encouraged to develop specialized foster placements and residential care facilities in communities in northern Manitoba so that children from those areas need not be removed from their home communities in order to have their needs addressed.

**O. Foster home fees and standards**

Rates paid to foster parents should reflect the value of the work that is being done. Barriers to recruiting foster parents in all parts of Manitoba need to be addressed. Foster parents need to be adequately supported. It is recommended that the Director of Family Services establish a committee to examine and address the following issues related to the foster care system:
(1) the payment of service fees to all foster parents based on the needs of the child and the ability of the foster parent to meet those needs;
(2) the obstacles that exist in the system to the recruitment of foster homes, in particular Aboriginal foster homes and foster homes in northern communities;
(3) the need to provide appropriate supports to foster parents including respite and clinical support to meet the needs of the child;
(4) the need to provide appropriate training to foster parents to enable them to meet the needs of the children placed in their care.
This committee should include representation from foster parents, the Office of the Children's Advocate and other stakeholders in the system.

**P. Suicide rates among First Nation People**

It is recommended that provincial and federal governments in consultation with First Nation communities develop and support initiatives at the community level to promote the capacity of communities to maintain safe and healthy environments for children.

It is recommended that comprehensive suicide intervention training be provided to everyone involved in the child and family services system who is working with children and families.

It is recommended that foster parents who are looking after a special needs child should receive training that is specific to the needs of that child. If foster parents are looking after a child who is known to be suicidal they should receive

appropriate suicide intervention, crisis management or anger management training prior to that child being placed in the home.

It is recommended that foster parents who are looking after a special needs child should have ongoing access to a clinical consultant who can assist them on a day to day basis in managing the needs of the child.

It is recommended that a psychiatrist or psychologist or some similarly trained individual be available to consult on an ongoing and as needed basis with the Crisis Stabilization Unit staff.

It is recommended that prior to the placement of a special needs child in a specialized foster home, the service provider should provide child and family services agencies with detailed information regarding the foster parents' qualifications and experience in looking after children with those specific needs.

## CASE FILE NO. 3032/97

Cause of Death: Gunshot wound to the chest

Manner of Death: Homicide

Circumstances: This 60 year-old male died on December 16, 1997 as a consequence of having been shot in the chest by a police officer, who was in the process of attempting to serve a search warrant on him at his residence. He was transported to the Health Sciences Centre, but despite resuscitative efforts, he was pronounced dead shortly after arrival.

Judicial Recommendations:

- When the execution of search warrants are to take place by a group of police officers, such as the vice squad, a fully detailed plan of that activity should be made in writing. The various tasks and the individual officers designated for that activity should be included, so that there is a permanent record.

- In conjunction with a written record of the activity that is planned to take place, a formal de-briefing with respect to the execution and completion of the activity be undertaken within 24 hours. Then a practical report analysis and correction of any of the difficulties that may have been encountered, which had not been anticipated, would be officially recorded for future reference and improvement.
- Where a deficiency or lack of equipment is recognized, identified and can be readily corrected, it should be incumbent on the senior officers involved in that particular area of activity to undertake to rectify the situation, in the interest of

efficiency, safety and public identification. It was recognized in this particular event where the raid jackets belonged to individual members rather than to the department, and that which was supplied by the department and described as "pinnies", were flimsy and inappropriate, should be replaced.

## CASE FILE NO. 0199/96

Cause of Death: Battered Child – Head Injury

Manner of Death: Homicide

Circumstances: This 9 month old child was taken to Health Sciences Centre on January 21, 1996 and diagnosed with severe head injuries. She was declared brain dead on January 26, 1996.

Judicial Recommendations:

- Subsection 18.4(1.1) should be amended to provide that a peace officer shall provide any information in the officer's possession or control that the agency reasonably believes is relevant to any child protection matter or proceedings under Part III of the Act.

- The *Child and Family Services Act* should be amended by adding a provision to Part III which would allow a mandated agency to apply to the court for an order requiring a third party to provide third party information and records relevant to a child protection matter or proceedings under Part III of the Act to a mandated agency. In this regard, client-solicitor privilege should not be abrogated.

- That the Minister undertake an educational program directed to doctors, health care workers, collateral and resource agency workers, teachers and others who have a direct association with child care, health and schooling with respect to the scope of the reporting requirements under s. 18 and the identification of children in need of protection pursuant to s.17 of the *Child and Family Services Act*.

- That the Minister ensure that the Competency Based Training Program curriculum contains a section to educate mandated agency workers on the principle of confidentiality and the need for collateral social agencies to employ that principle in order to gain the trust and confidence of their clients, which is absolutely essential in delivering programs and services to voluntary participants.

- That the Minister immediately ensure that a service contract or a written confirmation is employed in every situation where there is an expectation on the part of a mandated agency that a collateral agency or service provider will report

information and/or provide services. The service contract or written confirmation shall contain the mandated agency's reporting requirements and expectations as well as the collateral agency's or service provider's agreement to report the required information. In the case of the provision of service, the service contract or written confirmation shall contain a description of the service to be provided. The mandated agency should be required to include all essential conditions in the service contract or written confirmation.

- That the Minister establish an independent inquiry or commission to comprehensively inquire into the present child welfare system with a view to recommending appropriate and manageable standards of practice and workloads for child care workers and supervisors. The inquiry or commission should be required to make recommendations regarding the level of competency and training to be required of all child care workers and supervisors. In addition, the inquiry should examine the present Child and Family Services Information System to determine if it is appropriate for the purposes intended. The inquiry should also examine and make recommendations in this regard. The inquiry ought to examine the present structure of CFS to determine whether its present structure is the most appropriate and efficient way of protecting children and delivering services. Mandated agencies should be consulted with a view to determining what other issues ought to be placed before the inquiry. In this regard, I adopt the following recommendation of CFS:

- That the Support Branch include and consult with CFS [and other mandated agencies] in the early stages of planning development, drafting and implementation of all matters affecting the delivery of services by CFS [and other mandated agencies]. Such matters should include, but would not be limited to, revisions to Program Standards, the Act and Regulations, the development of or changes to training and education programs, and the development and adoption of risk estimation tools and criminal risk assessment methods.

- That ss. 38(2) of the *Child and Family Services Act* be amended to require a mandated agency to adduce sufficient evidence, oral or written, to permit a judge to determine whether a child is in need of protection, and if so determined, that the order being consented to is in the best interests of a child. In the event the mandated agency determines, after a proper investigation, that the child is no longer in need of protection and is to be returned to or placed with a parent or guardian pursuant to clause 38(1)(a) or 38(1)(b) of the *Child and Family Services Act*, then the mandated agency shall be required to adduce sufficient evidence, oral or written, to permit a judge to determine whether the child no longer is in need of protection and that the order being consented to is in the best interests of the child.

## CASE FILE NO. 0735/01

Cause of Death: Acute Alcohol Intoxication

Manner of Death: Accidental

Circumstances: This 25 year-old female was picked up by the RCMP under the *Intoxicated Persons Detention Act* and placed in their police cruiser. She was found to be unconscious but breathing so the officers decided to drive her to the hospital for medical treatment which was about 80 kilometres away. She deteriorated en route. Since they were not far from the hospital the officers decided to increase their speed on the highway rather than call an ambulance to attend. They arrived at the hospital and brought the deceased to the emergency room where she died a short time later.

Judicial Recommendations:

- That in all circumstances where the police are presented with a medical emergency, be it an unconscious person or otherwise, they phone or cause to be phoned the emergency number. When in doubt, the police should err on the side of considering a matter a medical emergency.

- That all police officers inform themselves as to the available medical resources unique and specific to the communities in which they serve.

- That the officer in charge of each police detachment ensure that he or she is aware of the medical resources available in each community in which the detachment provides police services and inform members under his or her command accordingly.

## CASE FILE NO. 2976/98

Cause of Death: Blunt Trauma

Manner of Death: Homicide

Circumstances: This 29 year-old male dead at Health Sciences Centre on December 11, 1998. He was the victim of several years of abuse from various family members. Two relatives of the deceased were charged and convicted.

Judicial Recommendations:

- There should be recognition that the failure of adults to-disclose abuse may occur by reason of factors such as fear or other psychological trauma that inhibit free will, or compromise competence to seek help. Notwithstanding any presumption of law or fact that, absent evidence to the contrary, persons over 16 years of age are deemed competent; that presumption should not operate as a filter to screen out from protective measures abused persons, whether they be disabled according to definition or not.

- The Province should establish and maintain an emergency facility similar in nature to Osborne House for abused adults who do not meet the criteria for admission to Osborne House.

- Social workers knowledgeable in the assessment of suspicions of abuse and knowledgeable in dealing with abused persons should be available to medical staff in the emergency rooms of hospitals, and to police personnel in cases where abuse is suspected.

- Training should be provided to community service providers, and health care providers to assist in the detection of abuse against persons who are their clients or patients, and to assess the needs and the urgency associated with intervention.

- Where there is suspicion by a health care provider or abuse worker employed by a health care provider, that a suspected victim's ability to disclose may have been compromised by a factor or factors that diminish the exercise of his or her free will, and there is good reason to suspect abuse, there should be, subject to safeguards for the safety of the suspected victim, no penalty for reporting. Criteria for reporting suspected abuse, however, without the consent of the suspected victim, should be developed and formalized through a consultative process involving, *inter-alia*, experts in the field of human abuse, and persons who have been the victims of abuse, including a victim or victims of abuse from among the disabled as nominated, perhaps, by The Society of Manitobans with Disabilities. The criteria should ensure that before reporting any case, safeguards are in place to protect the suspected victim from adverse consequences at the hands of the suspected abuser(s).

- The Province should examine the legislation of New Brunswick and Nova Scotia dealing with persons in need of protection, and consult with the authorities in those provinces to determine the advisability of introducing, in Manitoba, for the benefit of abused persons, similar legislative provisions.

- Information about the provisions of *The Domestic Violence and Stalking Prevention, Protection and Compensation Act*[40], should be publicized both generally, and more particularly, among community service providers and heath

care providers, and consideration should be given to adding to section 4(2) of that *Act*, the provision that an application may be submitted by a community service provider or health care provider. If necessary, to its application in the context of adults like CM, such other modifications as may be appropriate should be considered.

- A campaign to substantially enhance public awareness of the right not to be abused, should be launched by the Government with contact information as to support services available. Information so published should include assurance that information volunteered by those who seek advice or support will be received in confidence.

- The Manitoba Government and the Provincial Regional Health Authorities, including the Winnipeg Regional Health Authority, should consider establishing a system-wide electronic information data base in which to house records of patients' histories of attendance at health care institutions for emergency medical treatment. The design of the system should enable emergency medical personnel, at a glance, to be alerted to the possibility of abuse from factors such as frequency of new injuries, the nature of the injuries, and the explanations as to how the injuries were sustained, as given by the patient and those who may accompany him or her.

- Should medical staff have reasonable grounds to suspect abuse, the assistance of a social worker trained in dealing with abuse, should be summoned to advise the patient of his or her right not to be abused, and to provide information as to the confidential resources and facilities that are available to the patient to assist him or her if, in fact, he or she has been abused.

- Similar to the electronic database recommended for health care facilities, the government should consider the establishment of electronic linkages within the network of community service providers. The linkages would include personnel of both government departments and accredited agencies who are service providers and who have personal contact with clients to whom they render services. The program would be designed to store information about observations relevant to the possibility of abuse and the client's explanation of injuries observed. Whether from a service provider's observation alone, or from the accumulated observations of other providers accessed though a stored information program, a service provider would, where appropriate, advise the client of his or her right not to be abused, and of the confidential services and facilities available to him or her.

- Resources within a community, other than the police, should be identified and designated to assist people, in confidence, concerning domestic problems that have or may result in the abuse of others. When designated, a public awareness campaign of the existence of the resource should follow.

- For the purpose of planning for the allocation of resources to address abuse, statistics of assaults dealt with under the *Criminal Code* should identify those cases in which the victim or alleged victim is a disabled person. For that purpose it would be necessary to have precise definitions of the characteristics that would class a person as disabled. Not a difficult task if the victim was blind or did not have the use of one leg. More difficult, however, would be the task of classifying those with less than an obvious mental disability. In consultation with the disabled and their advocates, such definitions should be developed.

## CASE FILE NO. 1476/02

Cause of Death: Drowning

Manner of Death: Accidental

Circumstances: This 5 year-old kindergarten student was celebrating the last day of school on June 27, 2002 when he went with other kindergarten to grade four students to a City of Winnipeg Pool. About 30 minutes after arriving at the pool he was seen floating face down in the corner of the shallow end of the pool. Resuscitation efforts were commenced immediately by lifeguards, continued by emergency personnel, and medical staff at the Victoria General Hospital. He was pronounced dead a short time later.

Judicial Recommendations:

**The Provincial Department of Health**

- That the swimming pool regulations under the *Public Health Act* of Manitoba be amended with regard to minimum qualifications for lifeguards. At the very least they should be site-specific, and should provide that lifeguards for all swimming pools or wave pools open to the public must have their NLS Lifeguard Service Award as the minimum lifeguarding qualification, in addition to the appropriate first-aid certificate as articulated in the existing regulation. Those holding the Bronze Cross or Award of Distinction would qualify to be assistant lifeguards only at such facilities.

- That schedule C of the swimming pool regulations under the *Public Health Act* be amended to provide that as soon as there are thirty-one swimmers in a pool two lifeguards are required and similarly that once there are seventy-six swimmers that three lifeguards are necessary. I also recommend that consideration be given to implementing in full the Newfoundland ratios of lifeguards to swimmers as set

out in the schedule to their "Public Pools" regulations under their *Public Health Act*.

- That the swimming pool regulations under the *Public Health Act* be amended to include a statement that the legislated ratios set out represent the minimum staffing levels for optimum conditions and may need to be adjusted to reflect the particular needs of that facility, as well as the characteristics of a given group of users such as their ages and swimming abilities.

- That the swimming pool regulations be amended to provide that where only one lifeguard is on duty in the pool area that the second person required to be in attendance when the pool is open for a smaller number of users be someone trained in emergency first aid and CPR and knowledgeable about pool emergency and operational procedures.

- That the swimming pool regulations be amended to explicitly specify the necessity for pool operators to have written emergency and operational procedures and instructions in place, and accessible to staff, and to train staff in their implementation.

- That the swimming pool regulations be amended to include a provision to the effect that when a public pool is in use and a lifeguard or an assistant lifeguard on duty determines that a safety hazard exists in the pool or on the deck, the lifeguard shall direct all persons to leave the pool or any part thereof and shall advise the operator of the existence of the safety hazard.

- That the Provincial Department of Health, together with such other government departments and outside agencies it deems appropriate, develops and mounts a public education campaign on water safety.

**The Provincial Department of Education and Youth**

- That the Provincial Department of Education and Youth develop common safety standards for school field trips, and in particular, those involving aquatic and boating activities and other similar high-risk activities like skiing and wilderness trips.

- That these standards either be enacted as regulations themselves or alternatively, that a regulation be passed prescribing the need for each school division to have such safety rules in place and setting up a mechanism for school divisions to provide the Department of Education annually with their respective rules such that the Department will be able to regularly monitor and evaluate the adequacy of each school division's safety rules.

- That the Department of Education continue and enhance its efforts to assist in the training of school administrators and teachers about their duties and

responsibilities in the area of risk management and effective supervision of students through provision of in-services and other appropriate mechanisms.

- That the Department of Education and Youth cooperate with the Department of Health and other appropriate agencies in devising and promulgating public education on water safety and that the Department explores ways to enhance and expand water safety education and skills within provincial schools.

**Recommendations for the Seine River School Division**

- That detailed pre-event planning and contingency planning be required in writing by the school division for all school outings and presented to the assistant superintendent or the principal for approval.

- That such plans include but not be limited to:
  a) the designation of an in-charge teacher;
  b) a requirement for a planning visit to the venue and a discussion with appropriate venue personnel;
  c) a requirement for a written agreement with the venue as to mutual expectations and commitments regarding inter alia, supervision;
  d) a requirement that immediately prior to departure a list of those students actually attending the outing be prepared by the teacher of each class and left at the school, with another copy provided to the in-charge teacher for the outing;
  e) particularly for outings involving students in Grades K to 6, that consideration be given to utilization of a "buddy system" where each child is assigned a buddy and on a specified signal is to find their buddy and stay with them until a head count is done. Throughsuch a system checks can readily be done on entering and leaving a facility for example and at other appropriate points;
  f) a particular vehicle be identified to all adults in attendance as being available for use in case of a medical emergency;
  g) a plan for parent notification in the event of an emergency be in place (e.g. the school secretary to do notifications based on the pre-departure attendance lists);
  h) a follow-up person being designated and prepared for any serious incident that might occur-- for such tasks as dealing with investigators, identifying witnesses, preserving the scene of any accident until investigators arrive, etc.;
  i) if a serious incident does occur, a requirement for written reports to be prepared by all teachers in attendance at the outing and given to designated school and school board personnel;
  j) other potential provisions such as procedures for dealing with injuries as outlined in the "Safety Guidelines for Physical Activities in Manitoba Schools".

- That the school division review its Swim Safe document insofar as it relates to outings other than pools with a view to ensuring that it complies with best lifeguard safety practices.

- That the school division include in its parental consent forms for each school outing sufficient detailed information for parents to make an informed decision about their child's involvement in a particular activity.

- That the school division also consider including information outlining the conditions for parent volunteers to participate, a request for information as to any special qualifications parents might have and an indication of their availability should volunteers be required.

- That the Seine River school division give serious consideration to including swimming lessons as an essential component of physical education for primary grades but in any event that it mandate water safety as an essential component of at least the primary grades physical education and health curriculum.

**Recommendations for the City of Winnipeg**

- That the computer system used by 911 dispatch be programmed so that whenever the address of any property owned by the City of Winnipeg comes onto the dispatch screen it will be identified as such to the dispatch operators without them having to make further inquiries.

- That the City increase the number of paramedics who have the necessary skills and training to administer drugs to children under ten years of age. Ideally, most if not all City paramedics should have this training.

- That both the guidelines for individual admission and for group admission to City pools as well as the rules for safe operation of City pools be reviewed and standardized for all City pools throughout Winnipeg.

- That since the annual pool in-services seem to be the logical place to do so, that all such guidelines for group admission and supervision and safety rules for pool operation be reviewed annually with the lifeguard staff at the in-services both to reinforce their existence and to consider whether any changes are warranted.

- That any guidelines applicable to an individual pool be identified as such on the document, dated and posted in several locations throughout their respective pool buildings, locations that are standard from pool to pool such as the entrance to the pool building, the change rooms, the staff room and the pool office used by the lifeguards.

- That the system-wide pool safety rules and guidelines for admission be displayed on the recreation branch website and in a prominent place near the admission desk

of each pool. A paper version should be available to the public on request and signs listing the rules should be in a standard format and posted in standard locations in each pool.

- That these system-wide pool safety rules and guidelines for admission also be printed on a card or in a small booklet to be provided to all members of the lifeguard staff individually and replaced, with the date noted, whenever a new pool rule or admission guideline comes into effect.

- That the points to be covered by lifeguards giving a safety speech at the beginning of a group swim also be noted in point form on a card provided to each lifeguard for easy reference.

- That the City of Winnipeg provide the aquatics branch with whatever expertise is necessary to review any and all staff manuals and directives to the staff in the aquatics branch as well as all communications to the public. The purpose of the review is to systematize a coherent hierarchy and terminology of terms relating to the regulation and use of the pool throughout the branch - be they guidelines, policies, rules, regulations, etc.- and to their enforcement.

- That the City consider engaging an outside expert with expertise in the safe management of public aquatic facilities to perform a safety audit to assist the City in their implementation and enforcement of system-wide safety standards.

- That the Aquatic Emergency Response Manual, and in particular those sections dealing with treatment of possible spinal injury victims be reviewed with a view to clarifying the treatment options and making them more readily understandable.

- That the City of Winnipeg review its public admissibility guidelines with the assistance of whatever expertise is necessary to make them easier for the general public to understand.

- That the City determine and make known to the public through its website, the Leisure Guide, and any other appropriate vehicle such information about its pools as may be necessary to assist renters in determining which may be the most appropriate venues for certain rental groups such as those that include young children.

- That for all group rentals involving children under twelve, the various options for placement of the buoy rope dividing the shallow end from the deep end should be discussed with prospective renters.

- That part of any discussion with group renters, either at the time of the rental or the time of the event, or both, should include a discussion of which pool equipment and toys will be used and how that may impact on supervision and lifeguarding requirements. It must also be made clear that the lifeguard staff may

at any point remove any pool equipment that they perceive to be presenting a hazard.

- That one of the City wide safety rules should provide that the use of any mats, pool toys and equipment in the pool is at all times at the absolute discretion of the lifeguard staff, any of whom may remove any equipment that they perceive to be presenting a hazard at a given time.

- That the aquatics branch, in consultation with the lifeguard staff and any appropriate outside expertise develop system-wide guidelines on the use of pool toys and equipment, covering such issues as under what circumstances, if any, mats can be used safely, what size mats may be used, what, if any, additional equipment may be used while mats are in use and under what conditions, such as crowding, or misbehaviour, they should be removed from a pool.

- That the City develop and implement, at least for school group rentals, birthday party rentals, and rentals to any other groups of children, variable lifeguard-bather ratios dependent on the profile of the group involved including ages, swimming abilities, etc but in any event no less than one lifeguard for every twenty-five children exclusive of any adult supervisors that may be in attendance.

- That all rental agreements for aquatic facilities be in writing and contain pertinent information about the composition of the group including the total numbers and in the case of all children, the ages of those who will be using the facility, the swimming ability as measured by an objective criteria such as the appropriate Red Cross Aquatest level and the likely number of PFD's required as well as the number of adult supervisors that will be provided by the group and their swimming ability.

- That information to rental groups contain a stipulation that prior to any member of the group entering the water, the lifeguard staff will have a brief discussion with the person or persons in-charge of the group, reviewing pool expectations regarding supervision requirements and the tasks to be carried out by supervisors, together with relevant safety rules, and guidelines for equipment use. The City should also convey this expectation for such a discussion to take place to its lifeguards as part of their training.

- That the City review and consider the role it can play in public education on water safety in conjunction with other agencies engaged in the same task.

- That as part of its initiative the City consider developing a pamphlet, perhaps in conjunction with the Province, educating the public on the role of City lifeguards and the fact that they are a merely a trained and skilled supplement to, rather than a substitution for, adult supervision of children in water.

- That in future the City of Winnipeg require that all lifeguards hired by them for City pools have the National Lifesaving Society National Lifeguard Service Award as a minimum qualification.

- That written checklists confirming the presence of all necessary pool safety equipment be completed daily by the lifeguard who opens each City pool.

- That all documentation relating to pool safety compliance such as the daily checklists for pool safety equipment, any documents relating to the purchase or inventory of safety equipment for a particular pool and the lifeguard staffing of pools be retained by the City for at least one year.

- That the response and documentation requirements set out in the Aquatic Emergency Response Manual be amended to include a reminder that the Winnipeg City Police are to be notified in the event of any serious injury that occurs on City property.

- That the documentation and notification requirements in the Aquatic Emergency Response manual be amended to include a provision that the scene of any serious accident or death is to be preserved as it was at the time the incident occurred until released by police. No members of the public or the media should be admitted to the pool area, no equipment should be put away and no clean up of the pool or the pool deck should be carried out by maintenance until such time as police have examined the scene.

- That whenever the pool supervisor or person acting in that capacity leaves the facility they identify the person to whom they are transferring responsibility for the pool, indicate that they are doing so and inform other pool staff present of who the in-charge person will be. A similar procedure should be followed each time the in-charge status is transferred.

- That the responsibilities entailed in assuming an in-charge shift be delineated in writing and any appropriate training be provided to those eligible to opt for an in-charge shift.

- That the City of Winnipeg put in place a safety rule to the effect that if any member of the lifeguard staff determines that a safety hazard exists in the pool or on the deck, that lifeguard shall immediately advise the pool supervisor or the acting pool supervisor of the existence of the safety hazard and if that supervisor is not immediately available to do so, shall direct all persons to leave the pool or any part thereof until such time as the hazard has been addressed.

# REPORTED DEATHS OF CHILDREN – IN – CARE*

| Year | Male | Female | Total |
|---|---|---|---|
| **1994**** | 36 | 32 | 68 |
| **1995**** | 27 | 21 | 48 |
| **1996** | 33 | 19 | 52 |
| **1997** | 30 | 31 | 61 |
| **1998** | 30 | 25 | 55 |
| **1999** | 42 | 27 | 69 |
| **2000** | 29 | 30 | 59 |
| **2001** | 37 | 19 | 56 |
| **2002***** | 24 | 22 | 46 |
| **2003***** | 25 | 18 | 43 |
| **Total** | **313** | **244** | **557** |

* A 'Child in Care' is defined in s.10 (1) (a) & (b) of the Fatality Inquiries Act. It does **NOT** refer solely to children in foster or alternative care placements.

** Stillbirths were reported in 1994 and 1995. As of May 1995, pursuant to a decision of the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.

***Section 10(1) was amended to require reports only where the deceased child, parent or guardian had received services from a mandated child and family services agency in the year prior to the death.

Section 10(1) of *The Fatality Inquiries Act* states:
If the chief medical examiner receives an inquiry report about a deceased child who, at the time of death or within the one year period before the death,

a) was in the care of an agency as defined in *The Child and Family Services Act*; or

(b) had a parent or guardian who was in receipt of services from an agency under *The Child and Family Services Act*;

The chief medical examiner shall assess the quality or standard of care and service provided by the agency by

(c) examining the records of the agency respecting the child and the parent or guardian; and

(d) reviewing the actions taken by the agency in relation to the child and the parent or guardian.

In accordance with subsection 10(5), the Chief Medical Examiner (CME) may include in the annual report, a summary of the recommendations contained in the reports prepared under subsection 10(3) in the previous year. This summary is provided without disclosing the name of an individual or agency or any information that might identify a child or the parent or guardian of a child.

In addition to the 36 reports (concerning 36 children) in which the CME made 102 recommendations concerning the services provided, reviews of the services provided to a further 26 children (encompassing 25 reports) were conducted. The Chief Medical Examiner made no recommendations in these 25 reports with respect to the services provided by the Agencies concerned.

The following recommendations from 36 reports have been combined into categories.

| | No. | Totals |
|---|---|---|
| **Office of the CME** | | |
| (These recommendations deal with services to the Office of the Chief Medical Examiner.) | | |
| That the Agency provides information to the OCME as requested. | 3 | |
| | | 3 |
| **Agency and Branch Case Management** | | |
| (These recommendations refer to an Agency or Branch's services in general.) | | |
| That the Agency maintains files in accordance with provincial standards. | 12 | |
| That the Agency complies with provincial standards by documenting its involvement with families including case recordings and assessments. | 1 | |
| That the Agency ensures service requests are responded to in a timely manner and in accordance with provincial standards. | 1 | |
| That the Agency thoroughly assesses cases referred because of domestic violence. | 1 | |
| That the Agency obtains complete information when opening a protection file on a ward of another Agency. | 1 | |
| That the Agency file reflects the involvement of the assigned worker. | 1 | |
| That the Agency ensures service plans are based on an assessment of a family's functioning. | 1 | |
| That an Agency ensures its records are completed and maintained in an accessible location. | 1 | |
| | | 19 |
| **Agency and Branch Staffing Issues** | | |
| That the Agency's management team provides education to workers concerning service to children with disabilities. | 1 | |
| That the Child Protection Branch (or appropriate Authority) reviews the caseloads of workers in an attempt to align them more closely with those recommended by the Child Welfare Leagues of Canada and America. | 1 | |
| | | 2 |
| **Agency and Branch Actions in Abuse and Neglect Cases** | | |
| (These recommendations refer to specific cases or practice in general.) | | |
| That the Agency presents an abuse case to its Child Abuse Committee for consideration of registration on the Child Abuse Registry. | 4 | |
| That the Agency ensures provincial standards are met with respect to Intake investigations and that issues of parenting ability, violence and addiction be addressed if the file should re-open. | 1 | |
| That the Agency assesses the father's violence toward the family and takes | | |

appropriate action. 1

That the Agency do assessments of families where there has been an extreme level of violence and provide treatment to mitigate its effects on the children 1

That the Agency investigates an incident which the child allegedly witnessed. 1

That the Agency seeks a parent-child assessment from a qualified professional for cases designated as high risk before any children are returned from foster care. 1

That the Agency ensures a convicted child abuser is listed on the Child Abuse Registry. 2

That the Agency places a risk advisory on CFSIS concerning the parent of a deceased child. 1

That the Agency requests complete information when completing criminal record checks. 1

That the Agency review, with the Child Protection Branch, its internal processes to determine why the notification of a child abuse registration was not properly communicated within the Agency. 1

That the Agency complies with standards for investigating abuse in foster care. 1

That an Agency ensures reports of child abuse are investigated as required in the CFS Act and that a particular allegation is investigated. 1

**16**

**Agency and Branch Actions in Specific Cases**

(These recommendations refer to actions with respect to particular families or children.)

That the Agency re-assesses the situation and plan for the children due to the effects of a parent's addiction. 1

That the Agency assesses the current functioning of the family with emphasis on the wellbeing of the deceased child's siblings. 1

That the Agency provides service to the surviving siblings. 1

That the Agency conduct a thorough assessment of the family and develop a case plan to address needs outlined in the assessment. 1

That the Agency completes a thorough assessment and develops a case plan to safeguard the children in the family. 2

That the Agency makes a referral to the Agency serving the family's current community of residence. 1

That the Agency open a file regarding the father of the deceased child and complete an assessment of the surviving siblings' care. 1

That the father's name be entered on the Child and Family Services Information System and referenced to the family. 2

That the Agency close its file and place a current closing summary on CFSIS. 1

That the Agency place an Alert on CFSIS respecting a former foster home. 1

That the Agency places an Alert on CFSIS concerning a relative of the deceased. 2

That the Agency ensure surviving children are receiving an adequate level of care. 1

That the Agency refers a parent for an alcohol abuse assessment. 1

That the Agency assess whether a mother can meet the needs of her child. 2

That the Agency works with relatives to monitor the situation of a child. 1

That the Agency accesses all available sources of information concerning the father of a deceased child. 1

That the Agency update recordings on CFSIS as none have been entered for 15 months for a family that uses the after hours and crisis response service. 1

That the Agency considers information in the Section 10 report before renewing a foster home license. 1

That a parent of the deceased is assessed and recommendations made accessible to other agencies. 1

That the Agency ensures an assessment document is added to a file. 1

**24**

**Children in Care**

(These recommendations are specific to Agency or Branch service to children in foster care.)

That the Agency not use a particular foster home due to protection concerns within the foster family. 2

That the Agency complies with provincial standards for Place of Safety placement and with licensing regulations for foster homes. 2

That the Agency comply with regulations 3(2) and 3(4) when licensing foster homes operated by Agency staff or community members. 1

That the Agency assess all members of a family when bringing a child into care to better understand the family and assess risk to the children remaining at home. 1

That the standards concerning assessment of children in care be met, particularly when returning a child is contemplated. 1

That the Agency include foster parents selected for specialized skills or knowledge (e.g. medical) in "team meetings" concerning that child. 1

That the Agency devise an internal procedure to alert workers and supervisors concerning foster homes in which children have been hurt. 1

That the Agency place children in qualified and culturally appropriate foster homes. 1

That the Agency ensures its foster parents understand that they cannot decline treatment services for children in Agency care. 1

That future planning is done for surviving siblings. 1

That foster parents keep written records if they are asked to facilitate access and make judgments concerning the appropriateness of parents when visiting. 1

That the Agency ensures its foster families are in compliance with regulations and standards concerning behaviour management and restraint. 1

That the Agency determine who was restraining a particular child. 1

That the Agency consider applying for registration of a caregiver on the Child Abuse Registry. 1

That the Agency reconsiders its decision not to register an individual on the Child Abuse Registry. 1

**17**

**Provincial and Authority Actions Regarding Agencies and Branches**

That the team leader from the Child Protection Branch reviews with the Agency the use of Voluntary Placement Agreements. 1

That the Agency advise the Child Protection Branch of its progress on the recommendation of a report done under Section 4 of the CFS Act. 1

That the Child Protection Branch ensures that a risk advisory is placed by an Agency as soon as possible. 1

That the Child Protection Branch and the Agency work to minimize risk to workers in particular communities. 1

That the Agency and the Child Protection Branch provide education for professionals in the community regarding child abuse investigations. 1

That the Child Protection Branch ensures a convicted child abuser is registered. 1

**6**

**Expectant and Minor Parents**

(These recommendations deal with services to children who are parents.)

That the Agency thoroughly assesses the circumstances of minor parents before closing their files. 1

**1**

**Inter-Agency/Branch Actions**

That the Agency request all file information from another Agency involved with the family to better understand the family's history. 1

**1**

**Agency/Branch Contacts and Actions Regarding Collateral Services**

(These recommendations refer to interactions with other service providers.)

That the Agency works collaboratively with Public Health services to ensure that new mothers are educated about the dangers of sleeping with their infants. 1

That the Agency contract with collateral agencies providing services to children. 2

That the Agency advises collateral agencies of the deaths of family members when service will be affected. 1

That the Agency involves the Office of the Children's Advocate in future planning for the surviving siblings. 1

That the Agency includes goals and outcome measures in a contract with collateral service providers. 1

That the Agency ensure foster homes supervised by other organizations are in compliance regarding alternate care providers and that these homes have appropriate supports. 1

That the Agency contract for regular written reports on shared cases where treatment or foster care is provided. If the provider refuses, it is commended the Agency notify the organization's management. 1

**8**

**Province-Wide Actions Concerning Services**

(These recommendations suggest province-wide changes to the child welfare system.)

That the Province amend practice standards and foster home regulations to require written notes from individuals providing support and other non-medical services to children in care. 1

That the Province require that monitoring visits in foster homes are conducted when the children in question are present. 1

That the Child Protection Branch ensures foster homes operated by non-mandated agencies are regularly audited. 1

That the Child Protection Branch amend regulations and the foster home manual to direct that respite providers pay undivided attention to children in care. 1

| | | |
|---|---|---|
| | | 4 |
| **Inter Provincial Recommendations** | | |
| That the Child Protection Branch obtain information from another province's abuse registry concerning the registration of a particular individual. | 1 | |
| | | 1 |
| **Total** | | 102 |

For more information or additional copies of this report, please contact:

**Office of the Chief Medical Examiner**
**210-1 Wesley Avenue**
**Winnipeg MB R3C 4C6**

**Tel: 204-945-2088**
**Fax: 204-945-2442**

# Bureau du médecin légiste en chef

# RAPPORT ANNUEL

# 2003

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Justice Manitoba
Manitoba Justice

# Bureau du médecin légiste en chef

# RAPPORT ANNUEL

# 2003

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

# Table des matières


| | |
|---|---|
| Historique des fonctions de médecin légiste | 1 |
| Introduction | 2 |
| Statistiques sur l'ensemble des cas – 2003 | 4 |
| Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations | 6 |
| Homicides | 6 |
| Suicides | 7 |
| Morts accidentelles | 9 |
| Morts dont la nature est inconnue | 10 |
| Morts naturelles | 11 |
| Résumé des morts de résidents en foyers de soins personnels | 12 |
| Résumé des morts d'enfants | 12 |
| Syndrome de mort subite du nourrisson | 13 |
| Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie | 14 |
| Enquêtes | 17 |
| Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 2003 | 18 |
| Cas rapportés de décès d'enfants pris en charge | 41 |
| Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille en 2003 | 42 |

# Historique des fonctions de médecin légiste

L'ensemble des fonctions actuelles de médecin légiste résulte de l'évolution des fonctions anciennement attribuées au coroner pour lui permettre de remplir ses obligations juridiques et non juridiques.

Le terme « coroner » tire son origine de l'ancienne orthographe française du mot « crown ». On a originellement créé la charge de « crowner » (représentant de la Couronne) dans le but de s'assurer que la Couronne recevait les revenus qui lui revenaient à la suite de morts subites ou inexpliquées.

La première loi visant la charge de coroner a été le Statut de Westminster en 1275, qui a établi cette fonction pour des besoins de perception de revenus. Au cours des années, la législation britannique a modifié les responsabilités du coroner de façon que celui-ci puisse enquêter sur les morts violentes ou non naturelles. Cependant, l'élément de revenu a été conservé sous la forme d'honoraires payables au coroner pour chaque enquête médico-légale.

De par sa tradition en *common law*, le Canada a hérité des concepts de coroner et d'enquête du coroner. La *common law* a accordé au coroner le droit de porter des accusations contre des personnes à la suite d'enquêtes sur des meurtres ou d'homicides involontaires, d'amener ces personnes devant les tribunaux et d'attester de la preuve. Ces pouvoirs ont été intégrés au *Code criminel du Canada* en 1892, exception faite du pouvoir de mise en accusation, qui a été supprimé la même année.

On a, par la suite, adopté diverses lois provinciales qui ont permis de définir la sphère d'attributions et le rôle du coroner, et de confirmer son pouvoir d'enquêter sur les décès, de former des jurys et de mener des enquêtes médico-légales. La fonction de coroner subsiste encore dans certains territoires et provinces.

Compte tenu de l'évolution de la criminalistique et de la spécialisation en médecine légale de certains pathologistes, et étant donné que la plupart des cas à rapporter étaient de nature médicale, il a semblé logique que des médecins plutôt que des coroners profanes se chargent des dossiers. C'est ainsi qu'a été établie la fonction de médecin légiste.

Dès 1971, le gouvernement du Manitoba a remplacé la *Loi sur les coroners* par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ré-adoptée en 1975 et de nouveau en 1987, cette loi est restée en vigueur jusqu'au 14 mai 1990, date à laquelle on a promulgué la nouvelle *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

La Loi actuelle a comme caractéristique le partage des responsabilités entre les disciplines médicales et légales. L'enquête préliminaire sur la cause et la nature du décès est menée par un médecin dont la compétence est reconnue. L'enquête médico-légale, quand on la juge opportune, est entendue par un juge de la Cour provinciale sans jury.

Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la fonction de médecin légiste, bien que récente, est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

# Introduction

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes, de même que sur les décès inattendus, inexpliqués ou attribuables à l'absence de soins médicaux, et d'attester de ces morts. Certains décès dans les hôpitaux et établissements font aussi l'objet d'enquêtes lorsque des particuliers qui y ont séjourné sont morts dans les 24 heures suivant leur admission, dans les 10 jours suivant une chirurgie ou lorsqu'ils étaient sous anesthésie ou s'en remettaient. Les enquêtes portent aussi sur les décès de patients involontaires ou de résidents d'un foyer de soins personnels. Conformément à la législation, le médecin légiste en chef examine aussi les services fournis aux enfants décédés et (ou) à leurs parents ou tuteurs par les Offices des services à l'enfant et à la famille (SEF).

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,15 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg, qui compte 14 employés permanents : un directeur, six enquêteurs auprès du médecin légiste, deux enquêteurs spéciaux chargés d'examiner les SEF, un statisticien et quatre secrétaires administratives. On a recours au services de 32 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des entrepreneurs de pompes funèbres et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la Ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes qui travaillent à temps partiel offrent leurs services par roulement.

Dans les régions rurales du Manitoba, ainsi que dans d'autres villes comme Brandon et Thompson, les médecins légistes travaillant à temps partiel offrent leurs services sur demande jour et nuit.

Les tests de dépistage de consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le service de biochimie de l'Hôpital général de Saint-Boniface. Pour les affaires criminelles, les tests sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources offertes tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 2003, 5 963 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef, ce qui représente 60 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Les rapports produits par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquaient la cause ou la nature du décès, l'identité et l'âge du défunt, ainsi que les circonstances du décès. Dans bien des cas, la Gendarmerie royale du Canada et le service de police local ont aidé les médecins légistes à progresser dans leurs enquêtes.

Le Bureau du médecin légiste en chef est aussi chargé d'enquêter sur tous les décès d'enfants et de repérer les situations présentant un risque. Par conséquent, si un enfant pris en charge meurt, le Bureau procède non seulement à une enquête telle que requise par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, mais examine aussi les mesures prises par les offices des SEF qui ont fourni des services à l'enfant ainsi qu'à ses parents ou tuteurs. Cet examen fait aussi l'objet d'un rapport confidentiel remis au ministre des Services à la famille et du Logement.

Le Bureau du médecin légiste en chef participe aux programmes de don des yeux, de tissus et d'organes. Cette participation a permis de faire régulièrement des dons à la banque des yeux et au programme de greffe du club Lions.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par le Bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi les médecins légistes de la province qui ont fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

## STATISTIQUES SUR L'ENSEMBLE DES CAS – 2003

| | |
|---|---|
| **Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes** | **1 605** |
| **Cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par des médecins légistes** | **4 358** |
| **Total** | **5 963** |

## RÉSUMÉ DE L'ENSEMBLE DES CAS DE 1989 À 2003

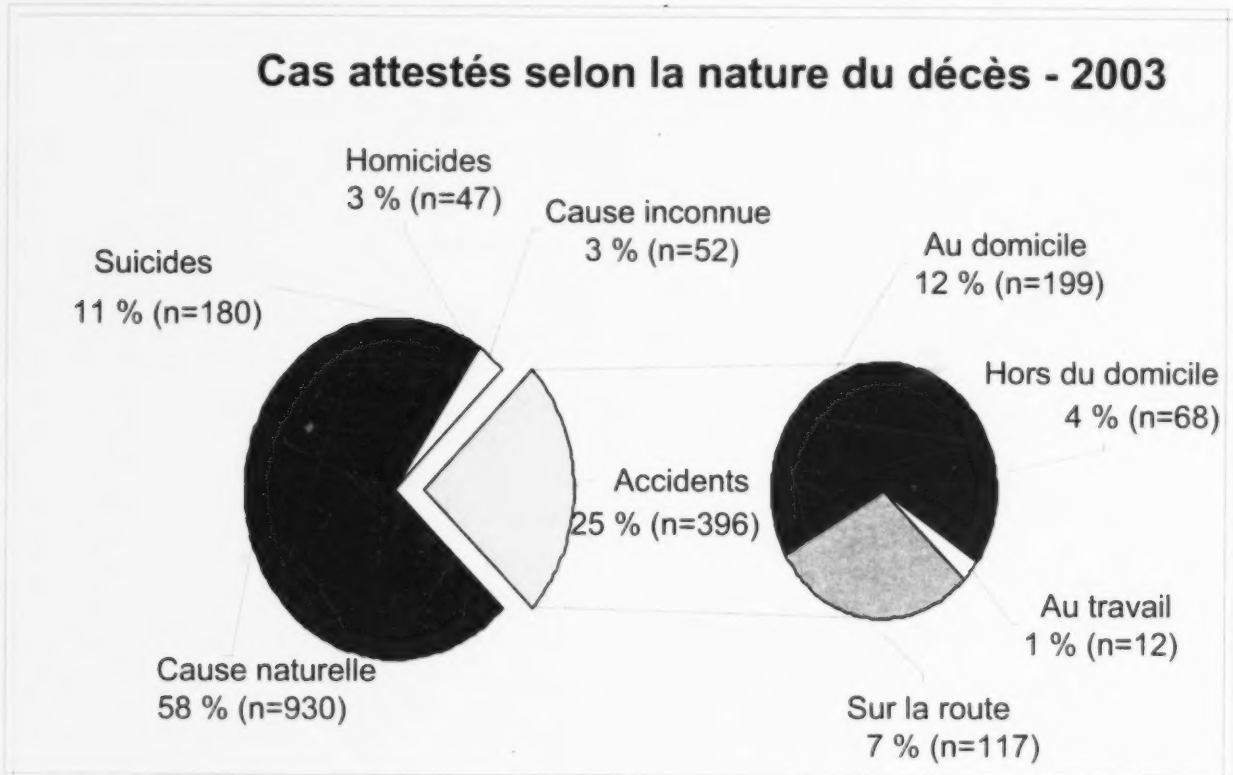
| ANNÉE | TOTAL |
|---|---|
| 1989 | 2 582 |
| 1990 | 2 633 |
| 1991 | 2 713 |
| 1992 | 2 741 |
| 1993 | 2 850 |
| 1994 | 3 150 |
| 1995 | 3 188 |
| 1996 | 3 031 |
| 1997 | 3 197 |
| 1998 | 3 178 |
| 1999 | 5 567 |
| 2000 | 5 590 |
| 2001 | 5 804 |
| 2002 | 5 935 |
| 2003 | 5 963 |

Nota – Depuis le rapport annuel de 1999, le nombre total de cas répertoriés dans le résumé de l'ensemble des cas comprend tous les cas ayant été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef. Dans les rapports annuels antérieurs à 1999, les totaux incluaient seulement les cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes et les cas examinés par les enquêteurs du médecin légiste. Ces totaux n'incluent pas certains cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes, notamment les décès survenus dans les foyers de soins personnels, parce qu'une attestation de décès par des médecins légistes n'était alors pas requise. Par conséquent, depuis 1999, le nombre total de cas donne un aperçu beaucoup plus juste de l'ensemble des cas traités annuellement par le Bureau du médecin légiste en chef.

## RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

| NATURE DU DÉCÈS | RÉGION URBAINE | RÉGION RURALE | TOTAL |
|---|---|---|---|
| ***Cause naturelle*** | 3 679 | 1 609 | 5 288 |
| ***Accidents au domicile*** | 155 | 44 | 199 |
| ***Accidents de la route*** | 43 | 74 | 117 |
| ***Accidents hors du domicile*** | 31 | 37 | 68 |
| ***Accidents au travail*** | 4 | 8 | 12 |
| ***Suicides*** | 101 | 79 | 180 |
| ***Homicides*** | 20 | 27 | 47 |
| ***Cause inconnue*** | 42 | 10 | 52 |
| ***TOTAL*** | **4 075** | **1 888** | **5 963** |

Nota – Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pourraient être considérées comme des « régions urbaines ».




Nota – Les cas attestés ont fait l'objet d'enquêtes par un médecin légiste.

## CATÉGORIES DE DÉCÈS AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES ET D'ATTESTATIONS

## HOMICIDES

| District | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| **Région urbaine** | 16 | 4 | 20 |
| **Région rurale** | 21 | 6 | 27 |
| **Total** | **37** | **10** | **47** |

## HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE

| | Âge | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Méthode** | **0-9** | **10-19** | **20-29** | **30-39** | **40-49** | **50-59** | **60 et +** | **Total** |
| **Arme à feu** | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| **Arme contondante, violence** | 0 | 4 | 6 | 3 | 1 | 1 | 0 | 15 |
| **Arme tranchante, coupure** | 0 | 1 | 10 | 5 | 2 | 0 | 1 | 19 |
| **Enfant battu (syndrome du nourrisson secoué)** | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| **Strangulation** | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| **Autre** | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 5 |
| **Total** | **4** | **6** | **18** | **9** | **5** | **1** | **4** | **47** |

## SUICIDES

| District | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| **Région urbaine** | 69 | 32 | 101 |
| **Région rurale** | 73 | 6 | 79 |
| **Total** | **142** | **38** | **180** |

## SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

| | Âge | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sexe** | **10-19** | **20-29** | **30-39** | **40-49** | **50-59** | **60-69** | **70-79** | **> 80** | **Total** |
| **Hommes** | 16 | 25 | 37 | 25 | 16 | 12 | 5 | 5 | 142* |
| **Femmes** | 7 | 8 | 6 | 4 | 8 | 2 | 2 | 1 | 38 |
| **Total** | **23** | **33** | **43** | **29** | **24** | **14** | **7** | **6** | **180*** |
| **Taux par 100 000 hab.** | **13,71** | **21,64** | **26,27** | **15,96** | **17,11** | **15,82** | **9,90** | **12,76** | **15,52** |

Nota – Le « taux par 100 000 habitants » est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en juin 2003 (source : Rapport sur la population du Manitoba; Santé Manitoba)
* L'âge d'un homme n'a pas été déterminée.

## MÉTHODES DE SUICIDE

| Méthode | Hommes | Femmes | Total | Total en pourcentage |
|---|---|---|---|---|
| **Pendaison, strangulation** | 71 | 19 | 90 | 50,0 % |
| **Armes à feu** | 32 | 1 | 33 | 18,3 % |
| **Surdose de drogue** | 16 | 14 | 30 | 16,7 % |
| **Oxyde de carbone** | 6 | 1 | 7 | 3,9 % |
| **Suffocation** | 3 | 1 | 4 | 2,2 % |
| **Saut dans le vide** | 3 | 1 | 4 | 2,2 % |
| **Utilisation d'un véhicule** | 4 | 0 | 4 | 2,2 % |
| **Noyade** | 2 | 1 | 3 | 1,7 % |
| **Autre** | 5 | 0 | 5 | 2,8 % |
| **Total** | **142** | **38** | **180** | **100,0 %** |

## SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

| Mois du décès | Région urbaine | Région rurale | Total |
|---|---|---|---|
| **Janvier** | 15 | 5 | 20 |
| **Février** | 4 | 7 | 11 |
| **Mars** | 9 | 8 | 17 |
| **Avril** | 7 | 5 | 12 |
| **Mai** | 13 | 6 | 19 |
| **Juin** | 11 | 4 | 15 |
| **Juillet** | 10 | 7 | 17 |
| **Août** | 7 | 9 | 16 |
| **Septembre** | 8 | 7 | 15 |
| **Octobre** | 2 | 8 | 10 |
| **Novembre** | 4 | 8 | 12 |
| **Décembre** | 11 | 5 | 16 |
| **Total** | **101** | **79** | **180** |

# MORTS ACCIDENTELLES

## Accidents non routiers

| Lieu de travail | Région urbaine | Région rurale | Total de décès |
|---|---|---|---|
| Secteur de la construction | 1 | 2 | 3 |
| Secteur agricole | 0 | 3 | 3 |
| Secteur de la chasse | 0 | 1 | 1 |
| Secteur de la foresterie | 0 | 1 | 1 |
| Autre | 3 | 1 | 4 |
| **Total** | **4** | **8** | **12** |
| **Au domicile** | | | |
| Chute | 97 | 20 | 117 |
| Surdose (drogue ou alcool) | 37 | 12 | 49 |
| Asphyxie | 9 | 4 | 13 |
| Inhalation de fumée | 3 | 6 | 9 |
| Noyade | 3 | 1 | 4 |
| Brûlure, ébouillantage | 4 | 0 | 4 |
| Hypothermie | 1 | 0 | 1 |
| Inhalation de substance | 1 | 1 | 2 |
| **Total** | **155** | **44** | **199** |
| **Ailleurs** | | | |
| Chute | 17 | 3 | 20 |
| Noyade | 3 | 16 | 19 |
| Exposition | 1 | 10 | 11 |
| Accident thérapeutique | 5 | 0 | 5 |
| Drogue, alcool | 2 | 2 | 4 |
| Asphyxie | 2 | 0 | 2 |
| Animal (non lié à un AVA) | 0 | 2 | 2 |
| Empoisonnement au CO2 | 1 | 0 | 1 |
| Chasse | 0 | 1 | 1 |
| Autre | 0 | 3 | 3 |
| **Total** | **31** | **37** | **68** |
| **Total, accidents non routiers** | **190** | **89** | **279** |

| Accidents de la route | Région urbaine | Région rurale | Total de décès |
|---|---|---|---|
| Un seul véhicule | 13 | 34 | 47 |
| Deux véhicules | 10 | 28 | 38 |
| Véhicule et piéton | 10 | 4 | 14 |
| Véhicule tout terrain | 2 | 2 | 4 |
| Train et piéton | 3 | 0 | 3 |
| Véhicule et motocyclette | 1 | 1 | 2 |
| Plusieurs véhicules | 1 | 1 | 2 |
| Véhicule et cycliste | 1 | 1 | 2 |
| Motoneige | 0 | 1 | 1 |
| Motocyclette | 1 | 0 | 1 |
| Véhicule et train | 0 | 1 | 1 |
| Mini vélo, moto hors route | 1 | 0 | 1 |
| Autre | 0 | 1 | 1 |
| **Total** | **43** | **74** | **117** |
| **Total, accidents non routiers** | **190** | **89** | **279** |
| **Total, accidents de la route** | **43** | **74** | **117** |
| **Total, morts accidentelles** | **233** | **163** | **396** |

## MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE

| Cause du décès | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| Aucune cause physique connue | 11 | 6 | 17 |
| Surdose (drogue ou alcool) | 4 | 7 | 11 |
| Mort subite du nourrisson inexpliquée | 4 | 2 | 6 |
| Exposition | 1 | 1 | 2 |
| Syndrome de mort subite du nourrisson | 2 | 0 | 2 |
| Asphyxie | 2 | 0 | 2 |
| Blessures multiples | 1 | 0 | 1 |
| Empoisonnement au CO2 | 0 | 1 | 1 |
| Noyade | 1 | 0 | 1 |
| Autre | 3 | 6 | 9 |
| **Total** | **29** | **23** | **52** |

# MORTS NATURELLES

## Cas attestés de morts naturelles selon la cause

| Cause du décès | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| **Maladie du cœur** | 374 | 137 | 511 |
| **Maladie pulmonaire** | 67 | 51 | 118 |
| **Hémorragie** | 44 | 41 | 85 |
| **Postopératoire** | 27 | 21 | 48 |
| **Cancer** | 9 | 9 | 18 |
| **Cause non anatomique** | 5 | 5 | 10 |
| **Épilepsie** | 2 | 5 | 7 |
| **Accident thérapeutique** | 1 | 3 | 4 |
| **Péritonite** | 1 | 2 | 3 |
| **Peropératoire** | 2 | 1 | 3 |
| **Méningite** | 2 | 1 | 3 |
| **Autre** | 71 | 49 | 120 |
| **Total** | **605** | **325** | **930** |

## Cas attestés de morts naturelles selon l'âge

| Groupe d'âge | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| **Moins d'un an** | 12 | 3 | 15 |
| **1-9** | 3 | 1 | 4 |
| **10-19** | 5 | 5 | 10 |
| **20-29** | 9 | 7 | 16 |
| **30-39** | 20 | 5 | 25 |
| **40-49** | 56 | 29 | 85 |
| **50-59** | 97 | 40 | 137 |
| **60-69** | 142 | 59 | 201 |
| **70-79** | 140 | 70 | 210 |
| **80-89** | 104 | 76 | 180 |
| **90-99** | 17 | 29 | 46 |
| **Plus de 100 ans** | 0 | 1 | 1 |
| **TOTAL** | **605** | **325** | **930** |

## RÉSUMÉ DES MORTS DE RÉSIDENTS EN FOYERS DE SOINS PERSONNELS

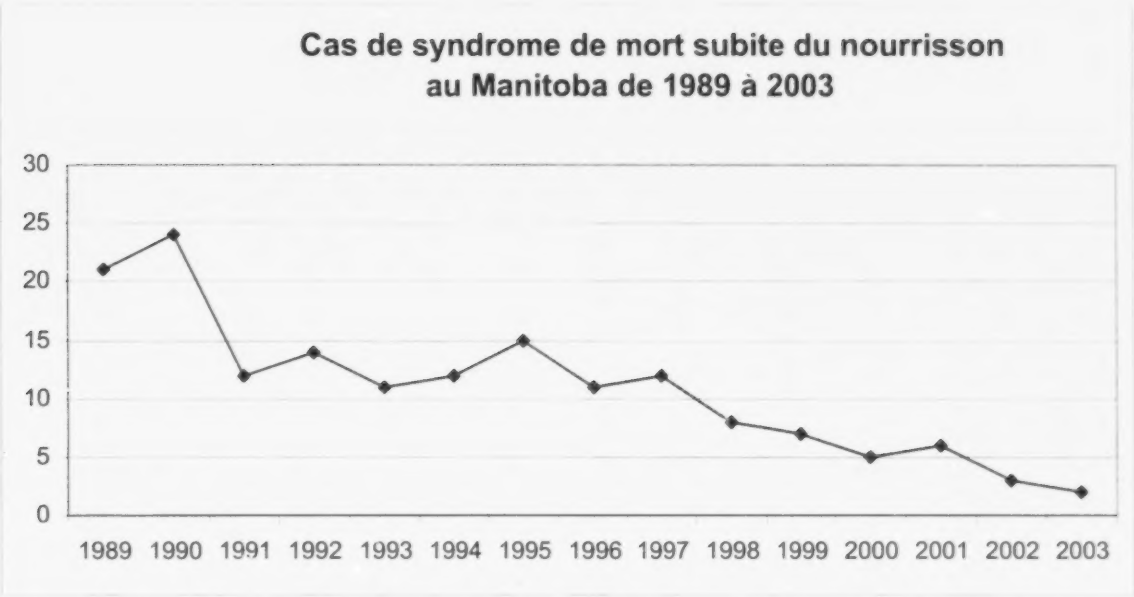
| Nature du décès | Hommes | Femmes | Total |
|---|---|---|---|
| **Causes naturelles*** | 26 | 38 | 64 |
| **Causes naturelles**** | 936 | 1 711 | 2 647 |
| **Accidents au foyer** | 21 | 33 | 54 |
| **Accidents hors du foyer** | 0 | 0 | 0 |
| **Accidents de la route** | 0 | 0 | 0 |
| **Accidents au travail** | 0 | 0 | 0 |
| **Suicides** | 0 | 0 | 0 |
| **Homicides** | 0 | 0 | 0 |
| **Cause inconnue** | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **983** | **1 782** | **2 765** |

* attestés par un médecin légiste.
** examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.

## RÉSUMÉ DES MORTS D'ENFANTS (De 0 à 17 ans inclusivement)

| Nature du décès | Garçons | Filles | Total |
|---|---|---|---|
| **Causes naturelles*** | 19 | 8 | 27 |
| **Causes naturelles**** | 55 | 41 | 96 |
| **Accidents au domicile** | 5 | 2 | 7 |
| **Accidents hors du domicile** | 7 | 2 | 9 |
| **Accidents de la route** | 8 | 5 | 13 |
| **Suicides** | 7 | 5 | 12 |
| **Homicides** | 5 | 3 | 8 |
| **Cause inconnue** | 10 | 5 | 15 |
| **Total** | **116** | **71** | **187** |

Nota – 2 cas de syndrome de mort subite du nourrisson sont inclus dans la catégorie causes inconnues.
* attestés par un médecin légiste.
** examinés par un enquêteur auprès du médecin légiste sans être attestés par un médecin légiste.

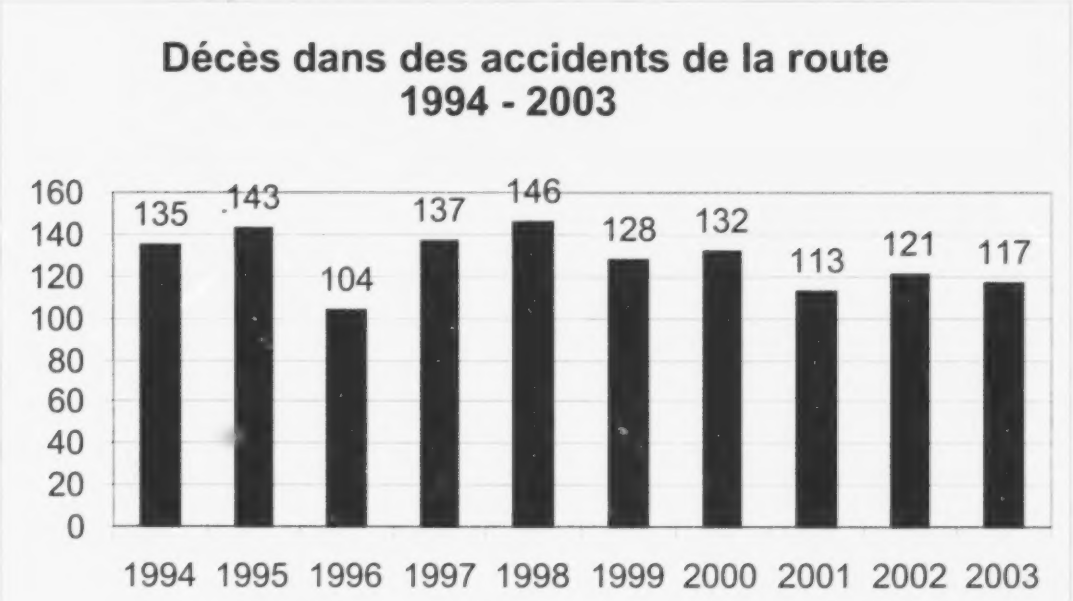



L'incidence globale du syndrome de mort subite du nourrisson est de 1 cas sur 7 000 naissances vivantes. Bien que le syndrome puisse apparaître à n'importe quel moment durant la première année de la vie, c'est au cours des quatre premiers mois qu'il touche le plus de nourrissons au Manitoba.

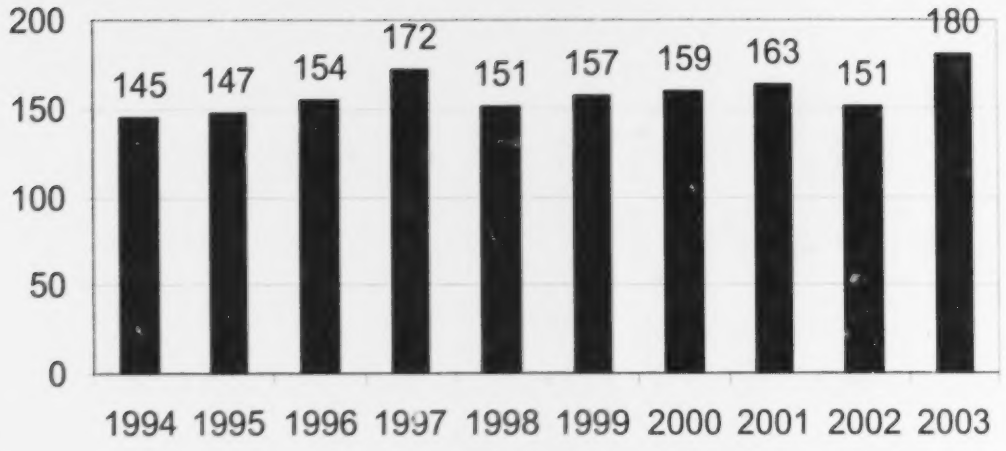
## SYNDROME DE MORT SUBITE DU NOURRISSON AU MANITOBA EN 2003

| Groupe d'âge | 0 à 4 mois | 5 à 8 mois | 9 à 12 mois | Total |
|---|---|---|---|---|
| **Janvier** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Février** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Mars** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Avril** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Mai** | 2 | 0 | 0 | 2 |
| **Juin** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Juillet** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Août** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Septembre** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Octobre** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Novembre** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Décembre** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **2** | **0** | **0** | **2** |

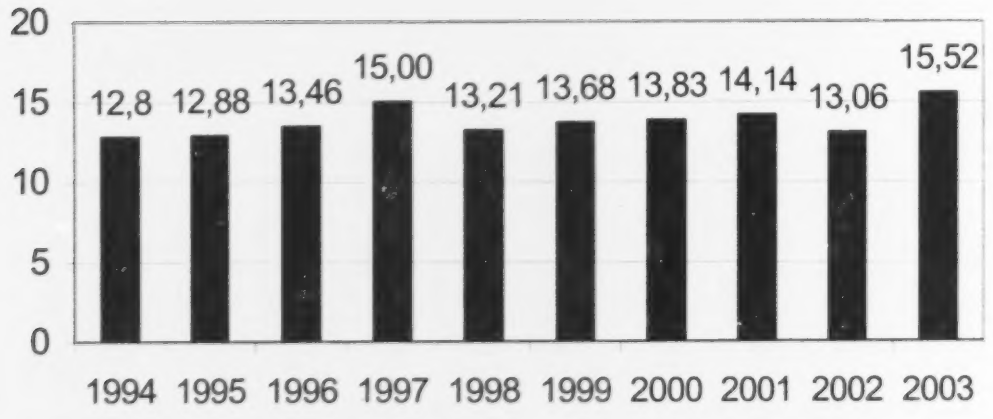
## NOMBRE DE MORTS AU MANITOBA
## EXAMEN DE LA DÉCENNIE

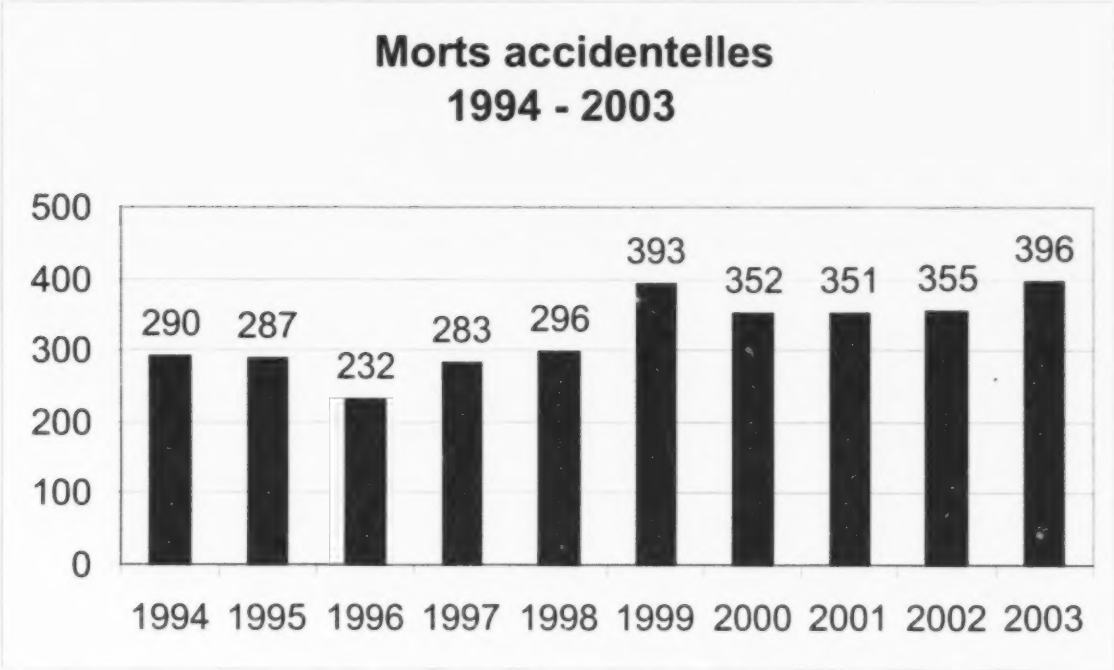


**Suicides**
**1994 - 2003**

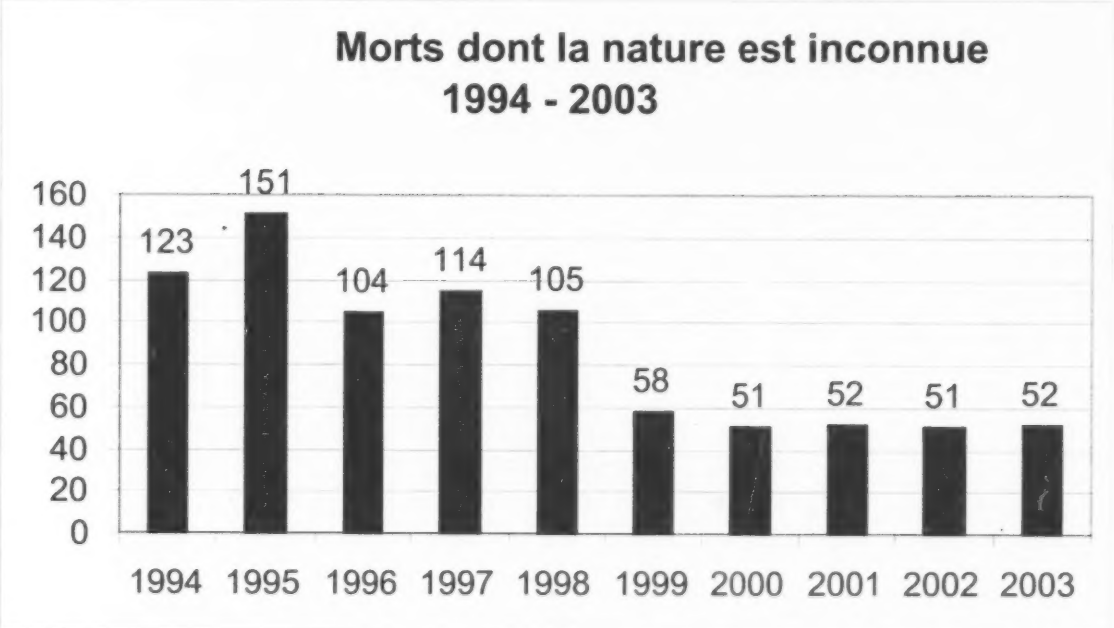



**Taux de suicide par 100 000 habitants**
**1994 -2003**






Nota – À partir de 1999, la hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite d'une chute, cette catégorie étant passée de mort naturelle à mort accidentelle.



# ENQUÊTES

## RÉSUMÉ DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

| | |
|---|---|
| Rapports d'enquête à venir le 31 décembre 2002 | 11 |
| Cas ayant fait l'objet d'une enquête du 1[er] janvier au 31 décembre 2003 | 3 |
| Rapports d'enquête soumis du 1[er] janvier au 31 décembre 2003 | 6 |
| Rapports d'enquête à venir le 31 décembre 2003 | 8 |

## CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Résumé des rapports d'enquête présentés
(du 1[er] janvier au 31 décembre 2003)

| | | |
|---|---|---|
| **Lieu de loisir** | Accident | 1 |
| | **Total** | **1** |
| **Police ou incarcération** | Accident | 1 |
| | Homicide | 1 |
| | **Total** | **2** |
| **Enfant pris en charge** | Suicide | 1 |
| | **Total** | **1** |
| **Autre** | Homicides | 2 |
| | **Total** | **2** |

**Total des rapports d'enquête présentés en 2003** **6**

## Résumé des recommandations des rapports d'enquête présentés en 2003

### DOSSIER DE CAS N° 2030/99

Cause du décès : Pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Le 25 août, ce jeune homme de 15 ans a reçu son congé de la « Crisis Stabilization Unit » où il se trouvait et est retourné vivre avec sa famille d'accueil sur une ferme près de Dugald, au Manitoba. L'après-midi du 26 août, il est devenu irrité et en colère à la suite d'une conversation téléphonique. Sa mère de famille d'accueil lui a demandé de sortir pour se calmer, car il était vraiment fâché et parce qu'elle commençait à craindre pour sa propre sécurité. Quand le père de famille d'accueil est arrivé quelques heures plus tard, ils se sont mis à la recherche du garçon et l'ont retrouvé pendu à une poutre dans la grange.

Recommandations judiciaires :

**A. Communication relative aux menaces de suicide**

Lorsqu'un enfant est pris en charge par un office des services à l'enfant et à la famille ou incarcéré dans un établissement correctionnel pour les jeunes, les renseignements concernant les idées suicidaires devraient être consignés et transmis par écrit à tous les aidants et organismes qui s'occupent de l'enfant. Tous les rapports de suivi psychiatrique et psychologique pertinents devraient aussi être fournis conformément à la législation relative à la protection de la vie privée qui s'applique.
Il est recommandé que lorsqu'un enfant confié à un foyer nourricier a eu des idées suicidaires dans l'année précédant son placement, les détails s'y rapportant devraient faire partie des renseignements sur les antécédents fournis aux parents nourriciers.

**B. Amélioration de la communication et du partage de renseignements entre les organismes s'occupant de la prise en charge des enfants**

(i) **Communication et prise de contact**

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille examinent leurs politiques, leurs pratiques et leurs normes et apportent les changements nécessaires pour assurer une communication appropriée et constante

- à l'intérieur d'un office;
- entre un office et les autres offices ou fournisseurs de services qui

s'occupent de l'enfant;
- entre l'enfant et l'office qui en assure la tutelle; et
- entre la famille de l'enfant et l'office qui en assure la tutelle.

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille discutent de leur rôle de tuteur, l'examinent et deviennent au besoin tuteurs permanents. L'idée est de répondre à la question posée dans le rapport de John Robson : « Si j'étais le parent de cet enfant et qu'il ne pourrait pas vivre avec moi à la maison, que devrais-je faire pour m'assurer qu'il est aimé et en sécurité? » L'office qui s'en occupe devrait agir à conséquence et ne pas jouer un rôle passif, même quand d'autres fournisseurs de services s'occupent de l'enfant.

Lorsque la famille d'un enfant pris en charge par un office est prête à loger l'enfant et que l'office ne prévoit pas de placement dans le domicile de cette famille, il est recommandé que l'office communique sa décision à la famille et lui fournisse une explication claire.

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille assurent une meilleure liaison, et ce, de façon continue, avec l'établissement correctionnel pour les jeunes où se trouve un enfant qu'ils ont pris en charge, afin de mieux planifier la réinsertion sociale de l'enfant après sa libération.

Il est recommandé que le Directeur des services à l'enfant et à la famille établisse des normes concernant le mode de communication approprié entre un enfant pris en charge, l'office qui en assure la tutelle et les fournisseurs de services concernés quand le travailleur social de l'enfant est en congé prolongé.

Il est recommandé que les travailleurs sociaux d'un office qui assure la tutelle maintiennent un contact permanent et régulier avec l'enfant pris en charge, même si un fournisseur de services assure la gestion de son cas sur une base quotidienne. Ces prises de contact devraient inclure des rencontres personnelles de façon régulière.

Il est recommandé que les travailleurs sociaux d'un office qui assure la tutelle créent un contact direct et permanent avec les parents nourriciers qui s'occupent de l'enfant, même si un fournisseur de services assure la gestion de son cas sur une base quotidienne.

Si un enfant admis dans une « Crisis Stabilization Unit » est suivi par un psychologue, un psychiatre ou un thérapeute dans le domaine de la santé mentale, il est recommandé d'aviser cette personne de l'admission de l'enfant.

(ii) **Partage de renseignements**

Il est recommandé que les ministères des Services à la famille et de la Justice ainsi que les services correctionnels mettent au point un système informatisé de

partage des renseignements qui permettrait de monter un dossier cumulatif détaillé sur un enfant ou un adolescent qui reçoit des services de ces ministères. Ce système devrait être conforme à la législation relative à la protection de la vie privée qui s'applique et accessible en tout temps aux personnes et offices qui fournissent des services à l'enfant ou à l'adolescent.

Une fois ce système d'information mise au point, il est recommandé de consulter les autres ministères qui fournissent des services aux enfants et aux adolescents, soit les ministères de l'Éducation et de la Santé, afin qu'un partage des renseignements pertinents puisse se faire avec leurs systèmes aussi. Pendant ces consultations, l'on devrait établir des protocoles et des normes concernant l'accès approprié à ces renseignements.

Il est recommandé que les gouvernements fédéral et provincial fournissent aux offices des services à l'enfant et à la famille les ressources nécessaires à la mise au point de systèmes informatiques leur permettant de communiquer efficacement et de partager des renseignements avec d'autres offices et systèmes concernés par les services fournis à un enfant.

Il est recommandé que les employés des offices des services à l'enfant et à la famille reçoivent une formation adéquate sur la façon d'inscrire des notes et de tenir un dossier comme il faut. Du personnel de bureau supplémentaire devrait être embauché au besoin pour taper les notes des employés écrites à la main sur place, de façon à s'assurer que ces notes seront versées au dossier.

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille et les fournisseurs de services transmettent par écrit aux parents nourriciers des renseignements détaillés sur l'enfant placé dans leur foyer. Il n'est pas nécessaire d'inclure les parents nourriciers dans la liste des personnes ayant accès au fichier central sur l'enfant, mais les renseignements qui leur sont transmis devraient comprendre un état détaillé de ses antécédents sociaux.

Il est recommandé que les services correctionnels s'assurent que les rapports prédécisionnels concernant un adolescent placé sous garde sont transmis à l'établissement correctionnel où il purge sa peine. Ces rapports devraient être à la disposition de tout le personnel travaillant avec l'adolescent, y compris le personnel du Manitoba Adolescent Treatment Centre.

Lorsqu'un enfant reconnu comme pupille permanent d'un office des services à l'enfant et à la famille est admis à une « Crisis Stabilization Unit », il est recommandé que les renseignements détaillés sur ses antécédents, dont ses antécédents sociaux, soient fournis à la CSU par l'office qui assure la tutelle ou par un fournisseur de services. Ces renseignements devraient inclure les détails concernant les menaces de suicide proférées par le jeune dans un passé récent.

**C. Gestion de crise**

Afin que l'on passe d'une gestion de crise à une situation où les travailleurs des

services à l'enfance ont le temps d'assurer une bonne gestion de leurs cas et une bonne planification à long terme pour les enfants dont ils s'occupent, il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille voient à ce que la charge de travail des travailleurs soit raisonnable. Si la charge de travail concerne des enfants ayant des besoins élevés, l'objectif visé par l'office devrait être de 20 cas par travailleur.

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille établissent des exigences et des possibilités de formation continuel aux travailleurs des services à l'enfance, dont une meilleure formation continue en gestion de cas.

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille, en consultation avec leurs employés, adoptent des mesures de gestion du stress appropriées, y compris l'établissement d'un réseau de soutien clinique, de supervision et de consultation et un meilleur accès à ces services.

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille et les fournisseurs de services incorporent une forme de soutien de relève et d'urgence dans leur plan relatif au placement familial spécialisé.

**D. Transition vers un nouveau placement**

Il est recommandé que les offices s'occupant du placement des enfants portent une attention spéciale aux besoins de ces enfants pendant le processus de transition d'un placement à un autre. Les transitions devraient être soigneusement planifiées et supervisées afin de réduire le plus possible l'incertitude et l'angoisse de l'enfant.

**E. Suivi des soins**

Lorsqu'un enfant pris en charge par un office des services à l'enfant et à la famille est placé dans une localité se trouvant à une certaine distance de son travailleur social, il est recommandé que l'office décide, eu égard aux besoins de cet enfant, s'il y a lieu de transférer aussitôt son dossier à un autre travailleur ou à un autre office. Si l'on décide de transférer le dossier, le moment du transfert ne devrait pas dépendre uniquement de la stabilité que procure le placement de l'enfant.

Lorsqu'on décide de ne pas transférer un dossier à l'endroit où est placé un enfant, il est recommandé de disposer des fonds nécessaires pour permettre au travailleur social de participer pleinement à la gestion du cas de l'enfant concerné et de lui rendre visite au moins tous les trois mois. Lorsqu'un dossier n'est pas transféré, un travailleur social local devrait être nommé à l'endroit où réside l'enfant pour assurer la liaison avec le travailleur social chargé de la gestion du cas et la libre circulation des renseignements.

Il est recommandé que l'enfant pris en charge par un office sache toujours qui est son travailleur social et comment il peut le rejoindre.

Il est recommandé que le travailleur social chargé d'un dossier soit repérable en

tout temps par les offices de l'extérieur qui s'occupent de l'enfant.

Lorsqu'un enfant est placé ailleurs, il est recommandé que l'office qui en assure la tutelle prévoit un financement à même le tarif quotidien pour permettre à un travailleur de soutien ou à un proche ayant déjà travaillé avec l'enfant de consacrer quelques heures de soutien au nouvel endroit où il est placé, assurant ainsi une certaine continuité des soins.

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille examinent leurs pratiques et leurs structures de gestion de cas, afin de déterminer si une gestion de cas par équipe pourrait se faire. Dans le cadre d'une telle approche, chaque enfant ou dossier serait pris en charge par un intervenant direct qui serait appuyé par un travailleur de relève au courant du dossier qui connaîtrait l'enfant. Ce travailleur de relève pourrait prendre le dossier en main en l'absence de l'intervenant direct.

**F. Approche multidisciplinaire en matière de planification**

Il est recommandé que le ministère des Services à la famille crée des équipes de traitement multidisciplinaires chargées d'élaborer des plans d'intervention détaillés pour les enfants pris en charge ayant des besoins élevés.

Il est recommandé que le Directeur des services à l'enfant et à la famille examine la faisabilité d'un Bureau de placement provincial avec représentation multidisciplinaire, aux fins d'élaboration de plans détaillés pour les enfants pris en charge ayant des besoins élevés.

Il est recommandé que le Bureau de placement provincial remplace le représentant régional rattaché au Bureau, si ce n'est déjà fait.

Il est recommandé que le Bureau de placement provincial ait un représentant pour le nord du Manitoba.

Il est recommandé que le Directeur des services à l'enfant et à la famille examine la faisabilité d'un Bureau de placement provincial qui tiendrait des réunions mensuelles ou bimensuelles dans le nord du Manitoba, afin que les travailleurs sociaux du Nord puissent faire état des dossiers référés en personne.

Une fois la restructuration du système des Services à l'enfant et à la famille terminée, il est recommandé que chacune des quatre nouvelles régies des services à l'enfant et à la famille soit représentée au Bureau de placement provincial ou au sein d'un organisme similaire dans le cadre du nouveau système.

**G. Planification du traitement**

Il est recommandé que les organismes d'aide à l'enfance examinent le recours à d'autres méthodes auprès des enfants ayant des besoins élevés dont ils s'occupent, comme l'enseignement en douceur (Gentle Teaching).

**H. Point de vue de l'enfant dans la planification**

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille examinent leurs procédures, politiques et pratiques et fassent les changements nécessaires pour s'assurer que le point de vue des enfants pris en charge est vraiment pris en compte dans la planification les concernant et qu'ils le savent.

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille examinent et songent à utiliser d'autres méthodologies ou outils de planification pour les enfants pris en charge ayant des besoins élevés, dont le programme P.A.T.H.

**I. Rôle de la famille dans la planification relative à un enfant pris en charge**

Il est recommandé que les offices des services à l'enfant et à la famille examinent leurs procédures, politiques et pratiques et fassent les changements nécessaires pour s'assurer que les membres de la famille ou toute personne proche qui démontre un intérêt envers un enfant pris en charge participent pleinement à la planification relative à cet enfant.

**J. Rôle du défenseur des droits des enfants**

Il est recommandé que le ministère des Services à la famille s'assure que tous les enfants pris en charge par un office des services à l'enfant et à la famille en âge de comprendre sont informés de l'existence du Bureau du défenseur des droits des enfants et du fait qu'ils peuvent lui demander de se pencher sur leurs cas.

Il est recommandé que le ministère des Services à la famille s'assure que le Bureau du défenseur des droits des enfants a été informé de l'admission dans un milieu surveillé de tout enfant pris en charge par un office des services à l'enfant et à la famille.

Lorsqu'un juge ou un conseiller-maître informe un enfant de 12 ans ou plus de son droit de se faire représenter par un avocat en vertu de l'article 34 de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille,* il est recommandé de l'informer de l'existence du Bureau du défenseur des droits des enfants et du fait qu'il peut aller y chercher de l'aide.

Si cela n'a pas déjà été fait, il est recommandé que le Bureau du défenseur des droits des enfants rédige un dépliant ou une brochure donnant des renseignements sur le Bureau, que les travailleurs des services à l'enfant et d'autres pourraient utiliser pour informer les enfants dont ils s'occupent de l'existence du Bureau.

**K. Comité de révision des enquêtes concernant des enfants**

Si cela n'a pas déjà été fait, il est recommandé que le médecin légiste en chef demande au membre du Comité de révision des enquêtes concernant des enfants qu'il juge le plus compétent, selon le cas, de communiquer avec la famille de l'enfant décédé pour connaître son point de vue. Le membre du Comité sera dès lors en mesure de faire connaître le point de vue de la famille aux autres membres du Comité.

**L. Dommage causé par l'alcoolisme durant la période fœtale**

**i) Éducation et formation**

Il est recommandé que le ministère de l'Éducation crée des programmes d'éducation sur les effets du dommage causé par l'alcoolisme durant la période fœtale à l'intention de tous les élèves du secondaire, et ce, dans le cadre du programme obligatoire.

Il est recommandé que tous les travailleurs des services à l'enfance, les travailleurs de la santé, les enseignants et les travailleurs en garderie suivent une formation obligatoire sur le SAF/EAF, afin de les aider à reconnaître le dommage causé par l'alcoolisme durant la période fœtale parmi les enfants qu'ils côtoient, puis à planifier et à prendre les mesures nécessaires à leur endroit.

Il est recommandé que le ministère de l'Éducation, conjointement avec le ministère des Services à la famille, créent des programmes d'éducation qui conviennent aux enfants atteints du SAF/EAF, afin que l'école puisse être une expérience positive pour ces enfants.

Il est recommandé que les parents et les parents nourriciers des enfants atteints du SAF/EAF reçoivent une formation et un soutien continus pour qu'ils puissent s'occuper comme il se doit de ces enfants et éviter ainsi qu'ils ne développent bon nombre des problèmes secondaires qui les guettent.

Il est recommandé que l'éducation, l'intervention, le soutien et la supervision des offices des services à l'enfant et à la famille auprès des parents d'un enfant atteint du SAF/EAF se fassent de façon intensive, afin de réduire les risques que d'autres enfants n'en soient atteints.

**ii) Évaluation et diagnostic**

Si un organisme d'aide à l'enfance sait qu'une mère consomme de l'alcool pendant sa grossesse, il est recommandé de procéder à une évaluation obligatoire de la présence du SAF/EAF, afin d'établir un diagnostic précoce et d'intervenir comme il se doit.

Si un organisme d'aide à l'enfance sait qu'une mère a donné naissance à un enfant atteint du SAF/EAF, il est recommandé de procéder à une évaluation de tous les autres enfants biologiques de cette mère nés avant ou après, afin d'établir la présence de dommage causé par l'alcoolisme durant la période fœtale.

Il est recommandé de créer davantage d'équipes multidisciplinaires de surveillance du syndrome de l'alcoolisation fœtale comme celles de Winnipeg et de Thompson, de façon à s'assurer que tous les enfants affectés de la province sont évalués afin d'établir la présence en bas âge de dommage causé par l'alcoolisme durant la période fœtale. On pourra ainsi établir des plans pour aider les familles et les aidants à s'occuper de ces enfants comme il se doit. Ces équipes doivent être financées suffisamment pour que toutes les familles aient droit à leur expertise.

Il est recommandé que l'équipe de surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale de Thompson soit financée suffisamment pour qu'elle puisse se rendre dans d'autres collectivités du Nord aux fins d'évaluation de la présence du SAF/EAF parmi les enfants de ces collectivités.

Il est recommandé que les organismes d'aide à l'enfance fassent tout en leur pouvoir pour s'assurer que les enfants soupçonnés d'avoir été exposés à l'alcool avant leur naissance font l'objet d'une évaluation de la présence du SAF/EAF avant l'âge de six ans.

iii) **Planification et soutien**
Lorsque l'évaluation a établi qu'un enfant est atteint du SAF/EAF, il est recommandé que tous les organismes engagés dans la planification relative à cet enfant mettent l'accent sur une vie familiale stable et structurée et fassent tout en leur pouvoir pour éviter que l'enfant ne soit placé à différents endroits.

iv) **Législation**
Il est recommandé que le gouvernement du Manitoba songe à rédiger une loi constitutionnelle qui protège les fœtus contre les effets de l'alcool et de la drogue.

v) **Capacité communautaire**
Il est recommandé que les membres, les dirigeants et les organismes de la collectivité s'occupent de ces questions afin de renforcer la capacité communautaire et de créer une culture et un climat qui ne favorise pas la répétition du cycle lié à la consommation excessive d'alcool d'une génération à l'autre.

**M. Intervention précoce et prévention**
Étant donné tout ce que l'on sait maintenant sur l'importance vitale de la petite enfance dans la vie d'un enfant, il est recommandé que le gouvernement du Manitoba accorde une haute priorité au développement de la petite enfance.

Il est recommandé que le ministère des Services à la famille et du Logement, en consultation avec le ministère de l'Éducation, créent des programmes de formation sur le développement de la petite enfance et le rôle de parent, tout en favorisant le renforcement des capacités à créer ce genre de programme à l'échelle communautaire.

Il est recommandé qu'un programme de formation sur le rôle de parent fasse partie du programme d'études obligatoires de tous les élèves du secondaire.

Il est recommandé que les travailleurs des services à l'enfance, les travailleurs de garderie et les autres professionnels qui travaillent avec de jeunes enfants reçoivent la formation nécessaire pour les sensibiliser tous à l'importance du développement de la petite enfance et de l'apprentissage.

**N. Ressources et questions financières**

Il est recommandé que les parties à la Commission d'enquête sur l'administration de la justice et les Autochtones – Initiative de protection de l'enfance (AJI-CWI) s'assurent que le réseau des services à l'enfant et à la famille dispose d'assez de fonds et de ressources pour créer des programmes d'intervention précoce et de prévention.

Lorsque les gouvernements provincial et fédéral accordent des fonds aux offices des services à l'enfant et à la famille, il est recommandé que des fonds soient exclusivement réservés aux programmes de prévention.

Il est recommandé de prévoir un financement suffisant pour la formation et le perfectionnement professionnel dans les formules de financement des offices des services à l'enfant et à la famille. Il est recommandé que ces formules de financement ne soient pas établies en fonction de la population, mais en fonction d'un modèle qui tient compte des besoins et des capacités de collectivités en particulier.

Il est recommandé que d'autres foyers de groupes et foyers nourriciers spécialisés soient créés dans la province afin de s'assurer que tous les enfants ayant besoin de ressources de niveau 4 et 5 n'aient pas à attendre des mois avant d'être placés dans un endroit approprié.

Il est recommandé que les offices soient encouragés à augmenter les placements dans des foyers nourriciers et établissements de soins en résidence spécialisés dans les collectivités du nord du Manitoba, afin d'éviter que les enfants n'aient à quitter leur localité pour qu'on réponde à leurs besoins.

**O. Rémunération des foyers d'accueil et normes les concernant**

Le montant payé aux parents nourriciers devrait tenir compte de la valeur du travail accompli. Les obstacles au recrutement de parents nourriciers dans toutes les régions du Manitoba doivent être levés. Les parents nourriciers doivent disposer d'un bon soutien. Il est recommandé que le Directeur des services à l'enfant et à la famille crée un comité chargé d'examiner les questions relatives au système de placement en foyers nourriciers suivantes et d'y répondre :

(1) le paiement de droits pour services rendus à tous les parents nourriciers en fonction des besoins de l'enfant et de la capacité du parent d'y répondre;
(2) les obstacles au recrutement de foyers nourriciers, en particulier de foyers nourriciers autochtones et de foyers nourriciers dans les collectivités du Nord;
(3) la nécessité d'assurer un bon soutien aux parents nourriciers en leur proposant notamment des services de relève et des services cliniques répondant aux besoins des enfants;
(4) le besoin de bien former les parents nourriciers, afin de leur permettre de répondre aux besoins des enfants qui leur sont confiés.

Ce comité devrait être formé de parents nourriciers, de représentants du

Bureau du défenseur des droits des enfants et d'autres intervenants du système.

**P. Taux de suicide chez les peuples des Premières nations**

Il est recommandé que les gouvernements provincial et fédéral, en consultation avec les collectivités des Premières nations, élaborent et appuient des projets communautaires visant à promouvoir la capacité des collectivités à maintenir des milieux sûrs et sains pour les enfants.

Il est recommandé de fournir une formation en prévention du suicide à tous les intervenants du réseau des services à l'enfant et à la famille qui travaillent auprès des enfants et des familles.

Il est recommandé que les parents nourriciers qui s'occupent d'un enfant ayant des besoins particuliers suivent une formation axée sur les besoins de cet enfant. Lorsque les parents nourriciers auront à s'occuper d'un enfant qui a des tendances suicidaires, ils devront suivre la formation en prévention du suicide, en gestion des crises ou en gestion de la colère qui convient avant que l'enfant ne soit placé dans le foyer nourricier.

Il est recommandé que les parents nourriciers qui s'occupent d'un enfant ayant des besoins particuliers aient toujours accès à un clinicien qui peut les aider quotidiennement à gérer les besoins de l'enfant.

Il est recommandé qu'un psychiatre, qu'un psychologue ou qu'une autre personne avec une formation similaire puisse être consulté en tout temps quand le personnel de la « Crisis Stabilization Unit » en ressentira le besoin.

Avant le placement d'un enfant ayant des besoins particuliers dans un foyer nourricier spécialisé, il est recommandé que le fournisseur de service transmette aux offices des services à l'enfant et à la famille des renseignements détaillés sur les qualifications des parents nourriciers et leur expérience auprès de ces enfants.

## DOSSIER DE CAS N° 3032/97

| | |
|---|---|
| Cause du décès : | Blessure par balle à la poitrine |
| Nature du décès : | Homicide |
| Circonstances : | Cet homme de 60 ans est décédé le 16 décembre 1997 des suites d'une blessure à la poitrine due à une balle tirée par un policier alors qu'il tentait d'exécuter un mandat de perquisition de son domicile. L'homme a été transporté au Centre des sciences de la santé et a été déclaré mort peu après son arrivée, malgré les efforts de réanimation. |

Recommandations judiciaires :

- Lorsqu'un groupe de policiers, comme l'escouade mondaine, exécute un mandat de perquisition, un plan très détaillé de cette activité devrait être établi par écrit. Le plan devrait décrire les différentes tâches et indiquer qui y est assigné. Il servira par la suite de document d'archives.

- En plus d'un document écrit décrivant l'activité prévue, un compte rendu officiel de la manière dont s'est déroulée l'activité devrait être fait dans les 24 heures. Un rapport d'analyse pratique proposant des solutions aux difficultés imprévues ayant surgi devrait ensuite être consigné officiellement aux fins de référence et d'amélioration.

- Lorsqu'une lacune ou un manque d'équipement est constaté, reconnu et facilement remédiable, ce sont les officiers supérieurs chargés du secteur d'activité concerné qui devraient corriger la situation aux fins d'efficacité, de sécurité et d'identification publique. Dans le cas qui nous intéresse, on a reconnu que les vestes portées pendant la perquisition appartenaient aux policiers et que celles fournies par le service de police, appelées « pinnies », sont peu résistantes et inappropriées et devraient être remplacées.

## DOSSIER DE CAS N° 0199/96

Cause du décès : Enfant battu – Blessure à la tête

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Le 21 janvier 1996, ce bébé de neuf mois a été emmené au Centre des sciences de la santé, où l'on a diagnostiqué de graves blessures à la tête. Il a été déclaré en état de mort cérébrale le 26 janvier.

Recommandations judiciaires :

- Le paragraphe 18.4(1.1) devrait être amendé et stipuler qu'un agent de la paix devra fournir les renseignements qu'il possède ou dont il a la garde que l'office croit, pour des motifs raisonnables, utiles à toute question ou procédure liée à la protection des enfants en vertu de la Partie III de la Loi.

- La *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* devrait être amendée par l'ajout d'une disposition à la Partie III qui permettrait à un office autorisé de demander au tribunal une ordonnance exigeant d'un tiers qu'il fournisse à un office autorisé

les renseignements et les documents pertinents se rapportant à une question ou procédure liée à la protection des enfants en vertu de la partie III de la Loi. À cet égard, le secret professionnel de l'avocat serait maintenu.

- Que le Ministre crée un programme d'éducation à l'intention des médecins, des travailleurs de la santé, des employés des organismes de ressources parallèles, des enseignants et de toute autre personne liée directement à la garde, à la santé et à la scolarité des enfants, en ce qui concerne la portée des exigences de déclaration en vertu de l'article 18 et l'identification des enfants ayant besoin de protection en vertu de l'article 17 de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille.*

- Que le Ministre s'assure que le programme de formation axée sur les compétences comprend une section visant à renseigner les employés des offices autorisés au sujet du principe de confidentialité et de l'obligation qu'ont les organismes sociaux parallèles de respecter ce principe afin de gagner la confiance de leurs clients, un élément absolument essentiel à la prestation de programmes et de services à des participants volontaires.

- Que le Ministre s'assure tout de suite qu'un contrat de service ou une confirmation écrite existe pour chaque situation où un office autorisé s'attend à ce qu'un organisme ou un fournisseur de services parallèle communique des renseignements ou fournisse des services. Le contrat de service ou la confirmation écrite devra faire état des exigences de déclaration et des attentes de l'office ainsi que du consentement de l'organisme ou du fournisseur de services parallèle de rapporter les renseignements requis. S'il y a prestation de services, le contrat de service ou la confirmation écrite devra contenir une description des services qui seront rendus. L'office autorisé serait tenu d'inclure toutes les conditions essentielles dans le contrat de service ou la confirmation écrite.

- Que le Ministre crée une enquête ou une commission indépendante qui examinerait en profondeur le système de protection de l'enfance en place, en vue de proposer des recommandations sur des normes de pratique et une charge de travail appropriées et réalistes pour les travailleurs des services à l'enfance et les superviseurs. L'enquête ou la commission devrait faire des recommandations sur le niveau de qualification et de formation exigé de tous les travailleurs des services à l'enfance et des superviseurs. Elle devrait en outre examiner le système d'information des Services à l'enfant et à la famille (SEF) afin de déterminer s'il convient aux objectifs visés, et faire aussi des recommandations à cet égard. L'enquête devrait se pencher sur la structure actuelle des SEF, afin de déterminer si elle convient le mieux et constitue la façon la plus appropriée et efficace d'assurer la protection des enfants et la prestation des services. Les offices autorisés devraient être consultés dans le but de déterminer si d'autres questions devraient être abordées dans le cadre de l'enquête. À cet égard, nous reprenons la recommandation faite par les SEF :

- Que la Direction de l'aide consulte les SEF [et d'autres offices autorisés] dès le début de la planification, de l'ébauche et de la mise en œuvre de tout ce qui a trait à la prestation de services par les SEF [et d'autres offices autorisés]. Il pourrait s'agir, entre autres choses, de révisions des normes des programmes, de la Loi et de ses règlements, d'élaboration de programmes d'éducation et de formation ou de changements apportés à ces programmes, et de mise en œuvre et d'adoption d'outils d'évaluation du risque et de méthodes d'évaluation du risque criminel.

- Que le paragraphe 38(2) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* soit amendé afin d'exiger d'un office autorisé de fournir, oralement ou par écrit, une preuve suffisante pour permettre à un juge de déterminer si un enfant a besoin de protection et, si c'est le cas, de rendre une ordonnance allant dans le meilleur intérêt de l'enfant. Dans le cas où l'office autorisé détermine après enquête que l'enfant n'a plus besoin de protection et peut être rendu à un de ses parents ou tuteurs ou encore placé chez lui en vertu de l'alinéa 38(1)(a) ou 38(1)(b) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, l'office autorisé sera tenu de fournir, oralement ou par écrit, une preuve suffisante pour permettre à un juge de déterminer si un enfant a besoin de protection et de rendre une ordonnance allant dans le meilleur intérêt de l'enfant.

## DOSSIER DE CAS N° 0735/01

Cause du décès : Intoxication alcoolique aiguë

Nature du décès : Accidentelle

Circonstances : Des agents de la GRC ont arrêté cette femme de 25 ans en vertu de la *Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété*, puis l'ont mise dans leur auto-patrouille. Quand ils l'ont trouvée, elle était inconsciente, mais respirait encore. Les agents ont décidé de la conduire à l'hôpital situé à environ 80 kilomètres plus loin, pour y recevoir des soins médicaux. Comme l'état de la femme s'était détérioré en route et que l'hôpital n'était plus très loin, les agents ont décidé d'accélérer plutôt que d'appeler les ambulanciers. Quand ils sont arrivés à l'hôpital, ils ont transporté la femme dans la salle d'urgence, où elle est morte peu après.

Recommandations judiciaires :

- Que dans tous les cas où des policiers sont confrontés à une urgence médicale, qu'il s'agisse d'une personne inconsciente ou d'une autre urgence, ils composent ou fassent composer le numéro d'appel des secours. En cas de doute, les policiers

devraient considérer la situation comme une urgence médicale, au risque de se tromper.

- Que tous les policiers s'informent sur les ressources médicales disponibles propres et uniques aux collectivités qu'ils desservent.

- Que l'agent en charge de chaque détachement de police s'assure de connaître toutes les ressources médicales disponibles dans chaque collectivité que le détachement dessert et en informe les personnes sous son commandement.

## DOSSIER DE CAS N° 2976/98

Cause du décès : Traumatisme contondant

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Cet homme de 29 ans est décédé le 11 décembre 1998 au Centre des sciences de la santé. Il subissait la violence de différents membres de sa famille depuis plusieurs années. Deux parents du défunt ont été accusés et reconnus coupables.

Recommandations judiciaires :

- L'on devrait reconnaître le fait que des adultes ne dénoncent pas la violence qu'ils subissent en raison de facteurs comme la crainte ou d'autres traumatismes psychologiques qui inhibent le libre arbitre ou la capacité à demander de l'aide. Malgré la présomption de droit ou de fait qui veut que, en l'absence de preuve du contraire, les personnes de 16 ans et plus sont jugées capables de décider, cette présomption ne devrait pas empêcher l'adoption à leur égard de mesures de protection pour les personnes victimes de violence, qu'elles soient reconnues ou non comme inaptes selon la définition.

- La Province devrait mettre sur pied et maintenir un centre d'intervention d'urgence semblable à la Osborne House pour les adultes victimes de violence qui ne répondent pas aux critères d'admission de cet établissement.

- Des travailleurs sociaux capables d'évaluer les soupçons de violence et de s'occuper des personnes victimes de violence devraient être à la disposition du personnel médical des salles d'urgence des hôpitaux et du personnel policier en cas de soupçon de violence.

- Les fournisseurs de services communautaires et de soins de santé devraient suivre une formation qui les aiderait à détecter la violence que subissent certains de leurs clients ou patients et à évaluer les besoins et l'urgence d'une intervention.

- Lorsqu'un fournisseur de soins de santé ou un travailleur spécialisé dans les cas de violence à l'emploi d'un fournisseur de soins de santé soupçonne que la capacité de dénoncer d'une victime présumée peut être compromise par un ou des facteurs qui inhibent son libre arbitre et qu'il y a de bonnes raisons de croire qu'il y a de la violence, la dénonciation ne devrait pas être pénalisée si les mesures de protection visant à assurer la sécurité de la victime présumée ont été prises. Il faudrait cependant établir et adopter officiellement des critères relatifs à la dénonciation de violence présumée sans le consentement de la victime présumée, dans le cadre d'un processus de consultation regroupant notamment des spécialistes de la question de la violence ainsi que des personnes ayant été victimes de violence, dont une ou des victimes de violence reconnues comme handicapées, qui pourraient être nommées par la Society of Manitobans with Disabilities. Ces critères devraient garantir qu'avant de dénoncer un cas, des mesures de protection auront été prises afin de protéger la victime présumée contre les représailles de l'auteur ou des auteurs de la violence.

- La Province devrait examiner la législation du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse concernant les personnes ayant besoin de protection, et consulter les autorités responsables de ces provinces afin de déterminer les avantages de proposer des dispositions législatives similaires au Manitoba pour les personnes victimes de violence.

- Des renseignements sur les dispositions de la *Loi sur la violence familiale et la protection, la prévention et l'indemnisation en matière de harcèlement criminel*[40] devraient être rendus publics dans la population en général et auprès des fournisseurs de services communautaires et de soins de santé en particulier. On devrait songer notamment à ajouter au paragraphe 4(2) de cette ***Loi***, une disposition à l'effet qu'une demande pourrait être soumise par un fournisseur de services communautaires ou de soins de santé. S'il y a lieu, on pourrait songer à apporter d'autres modifications jugées appropriées pour des demandes relatives à des adultes comme CM.

- Le gouvernement devrait lancer une vaste campagne de sensibilisation du public au droit de ne pas être victime et fournir les coordonnées des services de soutien disponibles. Les renseignements rendus publics devraient inclure une assurance que les demandes des personnes qui ont besoin de conseils ou de soutien resteront confidentielles.

- Le gouvernement du Manitoba et les Offices régionaux de la santé, y compris l'Office régional de la santé de Winnipeg, devraient songer à établir une base de données électronique à l'échelle du réseau où seraient inscrites les données sur les séjours des patients dans les établissements de santé pour y recevoir des soins

médicaux d'urgence. Le système serait conçu pour éveiller rapidement l'attention du personnel médical des services d'urgence sur le risque de violence à partir de facteurs comme la fréquence des nouvelles blessures, la nature des blessures et les explications sur la cause des blessures fournies par le patient ou la patiente et les personnes qui l'accompagnent.

- Si le personnel médical a des motifs raisonnables de soupçonner la présence de violence, un travailleur social formé pour s'occuper des cas de violence devrait être appelé pour informer le patient ou la patiente de son droit de ne pas être victime et de l'existence de ressources et d'établissements pouvant l'aider en toute confidentialité si le patient ou la patiente a bel et bien été victime de violence.

- En plus de la base de données électronique pour les établissements de santé recommandée précédemment, le gouvernement devrait songer à brancher électroniquement le réseau des fournisseurs de services communautaires, ce qui permettrait notamment de relier les fonctionnaires des ministères au personnel des offices autorisés qui fournissent des services et qui ont un contact personnel avec les clients qu'ils desservent. Cette liaison électronique permettrait de consigner les observations indiquant une possibilité de violence et les explications du client sur la cause des blessures observées. Ainsi, à partir des observations d'un seul fournisseur de services ou d'une série d'observations d'autres fournisseurs mémorisées au moyen d'un programme, un fournisseur de service pourrait, le cas échéant, informer le client ou la cliente de son droit de ne pas être victime et de l'existence de services et d'établissements pouvant l'aider en toute confidentialité.

- Les ressources communautaires autres que la police devraient être reconnues comme moyen d'aider les gens qui ont des problèmes de violence conjugale susceptibles d'engendrer de la violence envers autrui, et ce, en toute confidentialité. Une fois ces ressources établies, une campagne de sensibilisation publique à leur existence devrait être lancée.

- Afin de mieux planifier l'allocation des ressources consacrées à la question de la violence, les statistiques concernant les voies de fait prévues dans le *Code criminel* devraient établir le nombre de cas où la victime reconnue ou présumée est une personne handicapée. Il serait nécessaire à cette fin de disposer de définitions précises des caractéristiques faisant d'une personne une personne handicapée. Ce n'est pas difficile quand la victime est aveugle ou unijambiste. Mais ce l'est davantage quand vient le temps de déterminer la situation d'une personne dont le handicap mental est loin d'être évident. Ces définitions devraient être établies en collaboration avec les personnes handicapées et les groupes de défense de leurs droits.

Cause du décès : Noyade

Nature du décès : Accidentelle

Circonstances : Cet enfant de 5 ans, qui allait à la maternelle, s'est rendu à une piscine de la Ville de Winnipeg avec d'autres élèves de la maternelle à la 4$^{e}$ année pour fêter la dernière journée d'école. Environ 30 minutes après son arrivée à la piscine, on l'a vu flotter sur le ventre à un des coins de la partie peu profonde de la piscine. Les sauveteurs ont tout de suite tenté de le réanimer, ainsi que le personnel des services d'urgence et le personnel médical du Victoria General Hospital par la suite. Son décès a été constaté peu après.

Recommandations judiciaires :

**Ministère provincial de la Santé**

- Que le règlement sur les piscines pris en application de la *Loi sur la santé publique* du Manitoba soit amendé en ce qui a trait aux qualifications minimales des sauveteurs. Il devrait à tout le moins se rapporter à des installations précises et stipuler que les sauveteurs de toutes les piscines et piscines à vagues ouvertes au public doivent posséder le certificat du Service national des sauveteurs comme qualification minimale, en plus du certificat de secourisme approprié déjà exigé dans le règlement existant. Les titulaires de la croix de bronze ou du certificat de distinction se qualifieraient comme assistants sauveteurs dans ces installations seulement.

- Que l'annexe C du règlement sur les piscines pris en application de la *Loi sur la santé publique* soit amendée et stipuler que deux sauveteurs sont requis dès qu'il y a trente et un baigneurs dans une piscine, et que trois sauveteurs sont requis dès qu'il y a soixante-seize baigneurs. Nous recommandons aussi que l'on songe à établir dans leur intégralité les rapports entre le nombre de sauveteurs et de baigneurs établis par Terre-Neuve dans l'annexe à son règlement sur les piscines publiques pris en application de sa *Loi sur la santé publique.*

- Que le règlement sur les piscines pris en application de la *Loi sur la santé publique* soit amendé et préciser que les rapports établis dans la législation représentent le niveau de dotation minimal pour des conditions optimales, et qu'ils pourront être modifiés pour tenir compte des besoins particuliers d'une installation ou encore des caractéristiques propres à un groupe donné de baigneurs comme leur âge et leur maîtrise de la natation.

- Que le règlement sur les piscines soit amendé et prévoir que lorsqu'il n'y a qu'un seul sauveteur de service à la piscine, la deuxième personne dont la présence est

requise si la piscine est utilisée par un petit nombre de baigneurs doit avoir suivi une formation en soins d'urgence et en RCR et connaître les procédures opérationnelles d'urgence à la piscine.

- Que le règlement sur les piscines soit amendé et préciser clairement que l'exploitant d'une piscine doit expliquer par écrit quelles sont les procédures opérationnelles d'urgence et les instructions à suivre, rendre ces explications accessibles au personnel et former le personnel en conséquence.

- Que le règlement sur les piscines soit amendé et inclure une disposition à l'effet que lorsqu'une piscine publique est utilisée et qu'un sauveteur ou un assistant sauveteur de service juge qu'un risque d'accident est possible dans la piscine ou sur la promenade, il doit demander à tout le monde de sortir de la piscine ou d'une partie de la piscine et informer l'exploitant de la possibilité d'un risque d'accident.

- Que le ministère provincial de la Santé, en collaboration avec d'autres ministères ou organismes de l'extérieur dont la participation est jugée utile, lancent une campagne de sensibilisation du public sur la sécurité aquatique.

**Ministère provincial de l'Éducation et de la Jeunesse**

- Que le ministère provincial de l'Éducation et de la Jeunesse établisse des normes de sécurité communes pour les sorties scolaires, notamment celles qui prévoient des activités aquatiques, des promenades en bateau et d'autres activités à haut risque comme le ski et les excursions en forêt.

- Que l'on édicte ces normes en règlement ou que l'on adopte un règlement obligeant chaque division scolaire à établir ses propres règles de sécurité et à mettre en place un mécanisme en vertu duquel elle soumettra annuellement ces règles au ministère de l'Éducation, pour qu'il puisse les examiner et évaluer leur pertinence sur une base régulière.

- Que le ministère de l'Éducation poursuive et améliore son aide à la formation des administrateurs scolaires et des enseignants en ce qui a trait à leurs obligations en matière de gestion du risque et de supervision efficace des élèves, dans le cadre d'une formation en cours d'emploi ou d'un autre mécanisme jugé approprié.

- Que le ministère de l'Éducation et de la Jeunesse collabore avec le ministère de la Santé et d'autres organismes compétents à l'élaboration puis à la mise en œuvre d'une campagne d'éducation publique sur la sécurité nautique, et que le ministère examine des moyens d'améliorer et d'étendre l'éducation et les compétences en matière de sécurité nautique dans les écoles de la province.

**Recommandations touchant la division scolaire de la Rivière Seine**

- Que la division exige que la planification précédant toutes les sorties scolaires et la planification des mesures d'urgence s'y rapportant soient faites par écrit et remises au surintendant adjoint ou au directeur aux fins d'autorisation.

- Que les plans établis comprennent, entre autres :

  a) la désignation d'un enseignant responsable;
  b) l'obligation d'effectuer une visite préparatoire sur place pour discuter avec le personnel concerné;
  c) l'obligation de conclure une entente écrite avec les responsables des installations au sujet des attentes et des engagements communs en matière de supervision, entre autres choses;
  d) l'obligation de demander aux enseignants de chaque classe de dresser la liste de leurs élèves participant à la sortie scolaire juste avant le départ, liste qui sera laissée à l'école, mais dont une copie sera remise à l'enseignant responsable de la sortie;
  e) dans le cas des sorties avec des élèves de la maternelle à la 6$^{e}$ année, la mise en place d'un « système de jumelage », en vertu duquel chaque enfant est jumelé à un compagnon et doit le trouver et rester avec lui au signal donné jusqu'à ce que le dénombrement soit terminé (un tel système permet notamment des vérifications rapides à l'entrée et à la sortie d'une installation ou à d'autres endroits stratégiques);
  f) la désignation, par tous les adultes qui seront présents, d'un véhicule qui sera utilisé en cas d'urgence médicale;
  g) une façon de s'y prendre pour aviser les parents en cas d'urgence (p. ex. : par la secrétaire de l'école à partir des listes de présence dressées avant le départ);
  h) la désignation et la préparation d'un responsable du suivi en cas d'incident grave, qui serait chargé notamment de parler aux enquêteurs, de trouver les témoins, de laisser le lieu de l'accident tel quel avant l'arrivée des enquêteurs, etc.;
  i) dans le cas où un incident grave se produisait, l'obligation de demander à tous les enseignants participant à la sortie de rédiger des rapports qui seront remis au personnel désigné de l'école et de la commission scolaire;
  j) toute autre disposition pertinente, comme les procédures à suivre en cas de blessure établies dans les « Lignes directrices sur la sécurité en éducation physique dans les écoles manitobaines ».

- Que la division scolaire revoie son document sur la baignade en toute sécurité en ce qui a trait aux sorties ailleurs qu'à la piscine, en veillant à s'assurer qu'il est conforme aux meilleures pratiques de sécurité.

- Que la division scolaire mette dans ses formulaires de consentement remis aux parents avant chaque sortie des renseignements suffisamment détaillés pour qu'ils puissent prendre une décision éclairée quant à la participation de leur enfant à une activité donnée.

- Que la division scolaire songe aussi à inclure des renseignements sur les conditions à la participation volontaire des parents, ainsi qu'une demande d'information au sujet des qualifications spéciales que pourraient posséder les parents et de leur disponibilité au cas où leur participation volontaire serait requise.

- Que la division scolaire de la Rivière Seine songe sérieusement à donner des cours de natation comme composante essentielle de son programme d'éducation physique au primaire. Elle doit à tout le moins faire de la sécurité nautique une composante essentielle du programme d'éducation physique et du programme d'études sur la santé donnés aux élèves du primaire.

**Recommandations à la Ville de Winnipeg**

- Que le système informatique utilisé par le central téléphonique 911 soit programmé de façon à ce que chaque fois que l'adresse d'une propriété appartenant à la Ville de Winnipeg apparaît à l'écran, elle soit identifiée comme telle et que les préposés au central n'aient pas à contrevérifier.

- Que la Ville augmente le nombre d'ambulanciers paramédicaux qui possèdent les compétences et la formation requises pour administrer des médicaments à des enfants de moins de dix ans. Idéalement, la plupart sinon tous les ambulanciers paramédicaux de la Ville devraient posséder cette formation.

- Que les lignes directrices concernant l'admission de personnes et de groupes dans les piscines municipales ainsi que les règles de sécurité visant à assurer le bon fonctionnement des piscines soient révisées et uniformisées pour l'ensemble des piscines municipales de Winnipeg.

- Que les lignes directrices concernant l'admission de personnes et de groupes et les règles de sécurité visant à assurer le bon fonctionnement des piscines soient passées en revue chaque année avec les sauveteurs à l'occasion de la formation en cours d'emploi annuelle donnée à la piscine, afin de rappeler leur existence et de déterminer si des changements sont requis.

- Que les lignes directrices s'appliquant à une piscine en particulier soient établies comme telles dans le document, datées et affichées à plusieurs endroits dans le bâtiment où se trouve la piscine, comme à l'entrée du bâtiment, dans les vestiaires, dans la salle du personnel et dans le bureau utilisé par les sauveteurs.

- Que les règles de sécurité pour l'ensemble des piscines et les lignes directrices concernant l'admission soient affichées sur le site Web du service des loisirs et à un endroit bien en vue près du guichet d'entrée de chaque piscine. Une copie imprimée devrait être fournie au public sur demande et des panneaux dressant la liste des règles dans un format type devraient être affichés aux endroits habituels dans chaque installation.

- Que les règles de sécurité pour l'ensemble des piscines et les lignes directrices concernant l'admission soient imprimées aussi sur des cartes ou dans des livrets qui seront distribués à tous les sauveteurs, puis remplacés chaque fois qu'une nouvelle règle à la piscine ou ligne directrice concernant l'admission entrera en vigueur, avec la date de la modification.

- Que les points abordés par les sauveteurs qui donnent leurs consignes de sécurité au début d'une baignade de groupe soient inscrits en abrégé sur des cartes qui leur seront fournies pour leur faciliter la tâche.

- Que la Ville de Winnipeg fournisse à sa direction responsable des sports aquatiques tout ce qu'il lui faut pour procéder à l'examen de l'ensemble des manuels et directives à l'intention de son personnel et des communications au public. L'objet de cet examen est de systématiser une hiérarchie et une terminologie cohérentes se rapportant à la réglementation et à l'utilisation des piscines que l'on trouve notamment dans les lignes directrices, les politiques, les règles et les règlements, et de les faire respecter dans l'ensemble de la direction.

- Que la Ville songe à embaucher un expert de l'extérieur spécialisé dans la gestion en toute sécurité des centres aquatiques publics, pour qu'il procède à une vérification de sécurité afin d'aider la Ville à adopter des normes de sécurité et à les faire respecter dans l'ensemble du réseau.

- Que le guide d'intervention en cas d'urgence aquatique, en particulier les sections concernant le traitement des victimes de traumatisme médullaire, soit passé en revue dans le but de rendre les formes de traitement offertes plus faciles à comprendre.

- Que la Ville de Winnipeg revoit ses lignes directrices concernant l'admission du public avec l'aide des spécialistes dont la participation est jugée utile, afin de les rendre plus faciles à comprendre par le public en général.

- Que la Ville détermine quels types de renseignements concernant ses piscines devraient se trouver sur son site Web, dans son Guide Loisirs et dans toute autre source d'information jugée utile pour aider les locateurs éventuels à déterminer quelles sont les installations qui conviennent le mieux à des groupes donnés, comme ceux comprenant de jeunes enfants.

- Lorsque la piscine est louée à un groupe comprenant des enfants de moins de douze ans, que l'on discute avec les locateurs éventuels des différentes façons de placer la corde avec bouées qui sépare la partie profonde de la partie peu profonde de la piscine.

- Que toute discussion avec les locateurs éventuels tenue au moment de la location, le jour de l'activité de groupe ou à ces deux reprises porte entre autres sur les

objets et les jouets qui seront utilisés dans la piscine et leur incidence possible sur les règles en matière de supervision et de sauvetage. Il faut également bien faire comprendre que les sauveteurs peuvent décider en tout temps d'enlever de la piscine un objet qu'ils jugent dangereux.

- Que l'une des règles de sécurité de la Ville stipule que l'utilisation de matelas, de jouets et d'objets dans la piscine dépendra en tout temps du bon vouloir des sauveteurs, qui peuvent à tout moment retirer un objet de la piscine s'ils le considèrent comme dangereux.

- Que la direction responsable des sports aquatiques, en consultation avec les sauveteurs et tout spécialiste de l'extérieur dont la participation est jugée utile, élaborent des lignes directrices sur l'utilisation de jouets et d'objets dans la piscine pour l'ensemble du réseau, qui porteraient notamment sur les circonstances jugées propices à une utilisation sécuritaire des matelas (s'il y en a), les dimensions des matelas autorisés, l'utilisation d'autres objets en même temps que les matelas et les situations entraînant le retrait des matelas de la piscine (piscine bondée, écarts de conduite).

- Que la Ville établisse et mette en vigueur (à tout le moins pour les locations à des groupes scolaires, à des groupes fêtant un anniversaire et à d'autres groupes formés d'enfants) des rapports sauveteur-baigneurs qui varieraient en fonction de critères propres au groupe concerné comme l'âge, la maîtrise de la natation, etc. Mais il devrait toujours y avoir au moins un sauveteur pour chaque tranche de vingt-cinq enfants excluant les surveillants adultes qui pourraient être présents.

- Que tous les contrats de location d'installations aquatiques se fassent par écrit et contiennent des renseignements pertinents sur la composition du groupe, y compris le nombre de personnes formant le groupe, l'âge de tous les enfants qui utiliseront l'installation, la maîtrise de la natation telle qu'établie selon des critères objectifs comme les tests effectués par la Croix-Rouge, le nombre de vêtements de flottaison individuels requis et le nombre de surveillants adultes qui feront partie du groupe ainsi que leur degré de maîtrise de la natation.

- Que les renseignements fournis aux locateurs stipulent qu'avant l'entrée à l'eau de tout membre du groupe, les sauveteurs auront une brève discussion avec la ou les personnes en charge du groupe, au cours de laquelle ils passeront en revue les attentes du personnel à l'endroit des surveillants et de leurs tâches, ainsi que les règles de sécurité pertinentes et les lignes directrices concernant l'utilisation d'objets dans la piscine. La Ville devrait également inclure ce genre de discussion dans le cadre de la formation donnée à ses sauveteurs.

- Que la Ville se penche sur le rôle qu'elle peut jouer en matière de sensibilisation du public à la sécurité aquatique avec les autres organismes concernés.

- Que dans le cadre de son initiative, la Ville songe à rédiger une brochure visant à sensibiliser le public au rôle des sauveteurs de la Ville et au fait qu'ils sont formés et qualifiés non pas pour remplacer, mais bien pour appuyer la surveillance, par des adultes, des enfants qui sont dans l'eau. Ce document pourrait être rédigé conjointement avec la Province.

- Que la Ville de Winnipeg exige à l'avenir comme qualification minimale de tous les sauveteurs qu'elle embauche pour surveiller les piscines municipales d'être titulaires du certificat du Service national des sauveteurs de la Société royale de sauvetage.

- Que le sauveteur qui ouvre chaque piscine municipale remplisse chaque jour une liste de vérification confirmant la présence de tout l'équipement de sécurité nautique nécessaire.

- Que la Ville conserve pendant au moins un an toute la documentation relative au respect de la sécurité à la piscine comme la vérification quotidienne de l'équipement de sécurité nautique, la liste d'achats ou l'inventaire de l'équipement de sécurité pour une piscine en particulier et les documents concernant la dotation en personnel de la piscine.

- Que les exigences en matière d'intervention et de documentation formulées dans le guide d'intervention en cas d'urgence aquatique soient amendées pour y inclure un rappel que la police de la Ville de Winnipeg doit être informée de toute blessure grave qui se produit dans un lieu appartenant à la Ville.

- Que les exigences en matière d'intervention et de documentation formulées dans le guide d'intervention en cas d'urgence aquatique soient amendées pour y inclure une disposition à l'effet que les lieux où se produit un accident grave ou un décès doivent rester tels qu'il étaient au moment de l'incident jusqu'à ce que la police en décide autrement. Aucun particulier ou employé des médias ne devrait être admis à la piscine, aucun objet ne devrait être enlevé et aucun nettoyage de la piscine et de la promenade de la piscine ne devrait être effectué par le personnel d'entretien avant que les policiers n'aient examiné les lieux.

- Que chaque fois que le surveillant de la piscine ou la personne réputée assumer ces fonctions quitte les lieux, il doit transférer ses responsabilités à un remplaçant et dire à tout le personnel de la piscine présent que cette personne sera en charge. Une procédure similaire devrait être suivie chaque fois que les responsabilités de la personne en charge seront transférées.

- Que les responsabilités assumées pendant la période où une personne est en charge soient énoncées par écrit et qu'une formation soit donnée aux personnes autorisées à être en charge comme remplaçants.

- Que la Ville de Winnipeg adopte une règle de sécurité à l'effet que si un sauveteur détermine qu'un risque d'accident est possible dans la piscine ou sur la promenade, il doit aussitôt le dire au surveillant de la piscine ou à son remplaçant. S'il ne peut rejoindre le surveillant immédiatement, il devra demander à tout le monde de quitter la piscine ou une partie de la piscine jusqu'à ce que le danger soit écarté.

## CAS RAPPORTÉS DE DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE*

| Année | Garçons | Filles | Total |
|---|---|---|---|
| **1994**** | 36 | 32 | 68 |
| **1995**** | 27 | 21 | 48 |
| **1996** | 33 | 19 | 52 |
| **1997** | 30 | 31 | 61 |
| **1998** | 30 | 25 | 55 |
| **1999** | 42 | 27 | 69 |
| **2000** | 29 | 30 | 59 |
| **2001** | 37 | 19 | 56 |
| **2002***** | 24 | 22 | 46 |
| **2003***** | 25 | 18 | 43 |
| **Total** | **313** | **244** | **557** |

* Un « enfant pris en charge » est défini aux alinéas 10(1) (a) et (b) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ces cas ne concernent **PAS** uniquement les enfants placés en famille d'accueil ou en foyers alternatifs.

** Les cas de mortinatalité étaient rapportés en 1994 et 1995. Depuis mai 1995, à la suite d'une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas de mortinatalité ne font plus l'objet d'enquêtes.

*** Le paragraphe 10(1) a été modifié de façon à ce qu'un rapport ne soit requis que si l'enfant décédé, le parent ou le tuteur a obtenu des services d'un office des services à l'enfant et à la famille dans l'année précédant le décès.

Le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* stipule ce qui suit :
S'il reçoit un rapport d'enquête concernant le décès d'un enfant qui, au moment de son décès ou au cours de l'année précédant ce moment :

a) soit avait été pris en charge par un office au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

(b) soit avait un parent ou un tuteur recevant d'un office des services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;

le médecin légiste en chef évalue la qualité ou le niveau des soins et des services offerts par l'office :

(c) en examinant les dossiers de l'office relatifs à l'enfant et au parent ou tuteur;

(d) en évaluant les mesures prises par l'office concernant l'enfant et le parent ou tuteur.

Conformément au paragraphe 10(5), le médecin légiste en chef peut inclure dans son rapport annuel un résumé des recommandations contenues dans les rapports faits en vertu du paragraphe 10(3) au cours de l'année précédente. Ce résumé est fourni sans que soient divulgués des noms de personnes ou d'organismes, ou des renseignements qui pourraient permettre de connaître l'identité d'un enfant, ou des parents ou du tuteur de l'enfant.

Outre les 36 rapports (concernant 36 enfants) pour lesquels le médecin légiste en chef a fait 102 recommandations concernant les services proposés, les services fournis à 26 autres enfants ont fait l'objet d'un examen (pour un total de 25 rapports). Pour ces 25 cas, le médecin légiste en chef n'a fait aucune recommandation en ce qui concerne les services fournis par les offices en cause.

Les recommandations ci-dessous tirées de 36 rapports ont été regroupées en catégories.

| | Nbre | Total |
|---|---|---|
| **Bureau du MLC** | | |
| (Ces recommandations ont trait aux services fournis au Bureau du médecin légiste en chef.) | | |
| Que l'office fournisse les renseignements requis au BMLC. | 3 | |
| | | **3** |
| **Gestion des dossiers des offices et de la Direction** | | |
| (Ces recommandations ont trait aux services fournis en général par un office ou par la Direction.) | | |
| Que l'office conserve ses dossiers en respectant les normes provinciales. | 12 | |
| Que l'office se conforme aux normes provinciales en consignant son engagement auprès des familles, ce qui comprend les enregistrements de cas et les évaluations. | 1 | |
| Que l'office s'assure qu'il répond aux demandes de service à point nommé et en respectant les normes provinciales. | 1 | |
| Que l'office évalue en profondeur les cas de violence conjugale qu'on lui soumet. | 1 | |
| Que l'office obtienne tous les renseignements requis quand il ouvre un dossier de protection concernant un pupille d'un autre office. | 1 | |
| Que le dossier de l'office rende compte de la participation du travailleur assigné au cas. | 1 | |
| Que l'office s'assure que la planification de services repose sur une évaluation du mode de fonctionnement de la famille. | 1 | |
| Que l'office voit à ce que ses dossiers soient classés et conservés dans un endroit accessible. | 1 | |
| | | **19** |
| **Personnel des offices et de la Direction** | | |

Que l'équipe de direction de l'office propose aux employés une formation sur les services aux enfants souffrant d'incapacités. 1

Que la direction des Services de protection des enfants (ou l'autorité compétente) examine la charge de travail des employés afin de réduire l'écart avec ce que propose la Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada et des États-Unis. 1

**2**

**Mesures prises par les offices et la Direction dans les cas de mauvais traitements et de négligence**

(Ces recommandations font référence tant à des cas particuliers qu'à la pratique en général.)

Que l'office soumette un cas de mauvais traitement à son comité des enfants maltraités pour qu'il détermine s'il sera inscrit dans le registre des cas d'enfants maltraités. 4

Que l'office voit au respect des normes provinciales concernant les enquêtes à l'accueil et qu'il se penche sur les capacités parentales, la violence et la toxicomanie si le dossier est ouvert de nouveau. 1

Que l'office évalue la violence du père à l'endroit de sa famille et prenne les mesures qui s'imposent. 1

Que l'office évalue les familles où le niveau de violence est extrême et assure un traitement visant à en atténuer les effets sur les enfants. 1

Que l'office fasse enquête sur un incident dont l'enfant aurait été témoin. 1

Que l'office demande à un professionnel qualifié de procéder à une évaluation parent-enfant pour des cas jugés à risque élevé avant que les enfants ne reviennent de la famille d'accueil. 1

Que l'office s'assure que le nom d'un individu reconnu coupable de mauvais traitements est inscrit dans le registre des cas d'enfants maltraités. 2

Que l'office mette une mise en garde dans le système d'information des SEF à propos du parent d'un enfant décédé. 1

Que l'office demande tous les renseignements existants lorsqu'elle vérifie le casier judiciaire. 1

Que l'office passe en revue, avec la Direction des services de protection des enfants, son processus visant à déterminer pourquoi l'inscription d'un cas d'enfant maltraité n'a pas été signalée comme il se doit à l'intérieur de l'office. 1

Que l'office se plie aux normes relatives aux enquêtes sur les cas de mauvais traitements en famille d'accueil. 1

Que l'office s'assure que les mauvais traitements rapportés font l'objet d'une enquête conformément à la Loi sur les SEF et se penche sur une allégation en particulier. 1

**16**

**Mesures prises par les offices et la Direction dans des cas particuliers**

(Ces recommandations ont trait aux mesures à l'égard de familles et d'enfants en particulier.)

Que l'office réévalue la situation et planifie quelque chose pour les enfants en raison des effets dus à la toxicomanie du parent. 1

Que l'office évalue le mode de fonctionnement actuel de la famille en privilégiant le bien-être des enfants survivants. 1

Que l'office fournisse des services aux enfants survivants. 1

Que l'office procède à une évaluation détaillée de la famille et élabore un plan d'intervention pour répondre aux besoins établis dans l'évaluation. 1

Que l'office procède à une évaluation détaillée et élabore un plan d'intervention pour protéger les enfants de la famille. 2

Que l'office fasse un renvoi à l'office desservant la localité où réside maintenant la famille. 1

Que l'office ouvre un dossier sur le père de l'enfant décédé et procède à une évaluation des soins aux enfants survivants. 1

Que le nom du père soit inscrit dans le système d'information des Services à l'enfant et à la famille (SISEF) avec mention de la famille. 2

Que l'office ferme son dossier et fasse un résumé final dans le SISEF. 1

Que l'office mette une note d'avertissement dans le SISEF au sujet d'un ancien foyer nourricier. 1

Que l'office mette une note d'avertissement dans le SISEF au sujet d'un proche du défunt. 2

Que l'office s'assure que les enfants survivants reçoivent le niveau de soins requis. 1

Que l'office fasse procéder à une évaluation de la toxicomanie d'un parent. 1

Que l'office évalue si une mère peut répondre aux besoins de son enfant. 2

Que l'office évalue la situation d'un enfant en collaboration avec des proches. 1

Que l'office examine toutes les sources de renseignements disponibles concernant le père d'un enfant décédé. 1

Que l'office mette à jour des données du SISEF qui remontent à 15 mois concernant une famille qui utilise le service d'intervention d'urgence en dehors des heures normales de travail. 1

Que l'office tienne compte des renseignements de l'article 10 avant de renouveler un permis à un foyer nourricier. 1

Qu'un parent du défunt soit évalué et que les recommandations soient rendues accessibles aux autres offices. 1

Que l'office voit à ce qu'un document d'évaluation soit ajouté à un dossier. 1

**24**

**Enfants pris en charge**

(Ces recommandations sont propres aux services fournis par les offices ou la Direction aux enfants en foyer nourricier.)

Que l'office n'utilise pas un foyer nourricier en particulier en raison des inquiétudes en matière de protection que soulève la famille d'accueil. 2

Que l'office se conforme aux normes provinciales relatives au placement dans un endroit sûr et au règlement sur la délivrance de permis aux foyers nourriciers. 2

Que l'office se conforme aux paragraphes 3(2) et 3(4) quand il délivre un permis à un foyer nourricier exploité par des employés de l'office ou des membres de la collectivité. 1

Que l'office évalue tous les membres d'une famille quand un enfant est pris en charge, afin de mieux connaître la famille et d'évaluer les risques encourus par 1

les enfants qui demeurent à la maison.

Que les normes concernant l'évaluation des enfants pris en charge soient respectées, en particulier lorsque le retour d'un enfant est envisagé. 1

Que l'office fasse participer des parents nourriciers qui possèdent des compétences et des connaissances spécialisées (p. ex. : médicales) aux « réunions d'équipe » concernant cet enfant. 1

Que l'office conçoive à l'interne une procédure visant à alerter les travailleurs et les superviseurs au sujet de foyers nourriciers où des enfants ont été blessés. 1

Que l'office place des enfants dans des foyers nourriciers qualifiés et adaptés culturellement. 1

Que l'office s'assure que les parents nourriciers comprennent qu'ils ne peuvent refuser les services de traitement offerts aux enfants pris en charge par l'office. 1

Qu'une planification se fasse pour les enfants survivants. 1

Que les parents nourriciers maintiennent des dossiers écrits si on leur demande de faciliter l'accès aux parents en visite et de se prononcer sur leurs habiletés. 1

Que l'office s'assure que les familles d'accueil se conforment aux règlements et aux normes concernant la gestion du comportement et la contention. 1

Que l'office détermine qui maintenait un enfant en particulier en contention. 1

Que l'office songe à demander que l'on inscrive le nom d'un fournisseur de soins dans le registre des cas d'enfants maltraités. 1

Que l'office revoit sa décision de ne pas inscrire le nom d'un individu dans le registre des cas d'enfants maltraités. 1

**17**

**Mesures prises par la Province ou les autorités en place concernant des offices ou des directions**

Que le chef d'équipe de la Direction des services de protection des enfants examine la mise en œuvre des ententes de placement volontaire avec l'office. 1

Que l'office avise la Direction des services de protection des enfants de ses progrès relatifs à la recommandation d'un rapport rédigé en vertu de l'article 4 de la Loi sur les SEF. 1

Que la Direction des services de protection des enfants s'assure qu'un office signale l'existence d'un risque dès que possible. 1

Que la Direction des services de protection des enfants et l'office cherchent à minimiser les risques encourus par les travailleurs dans des collectivités en particulier. 1

Que l'office et la Direction des services de protection des enfants forment les professionnels de la collectivité au sujet des enquêtes sur les enfants maltraités. 1

Que la Direction des services de protection des enfants voit à ce que le nom d'un auteur de mauvais traitements reconnu coupable soit inscrit. 1

**6**

**Adolescentes enceintes et parents mineurs**

(Ces recommandations ont trait aux services offerts aux parents qui sont mineurs.)

Que l'office procède à une évaluation en profondeur de la situation des parents mineurs avant de fermer ses dossiers. 1

**1**

**Mesures inter-offices/Direction**

Que l'office demande tous les renseignements au dossier à un autre office engagé auprès de la famille afin de mieux comprendre les antécédents familiaux. 1

**1**

**Contacts des offices et de la Direction et mesures concernant les services parallèles**

(Ces recommandations ont trait aux échanges avec d'autres fournisseurs de services.)

Que l'office travaille en collaboration avec les services de santé publique afin de s'assurer que les nouvelles mères sont informées des dangers associés au fait de coucher avec leur bébé. 1

Que l'office s'engage par contrat avec des organismes parallèles qui fournissent des services aux enfants. 2

Que l'office informe les organismes parallèles du décès de membres de la famille quand le service sera affecté. 1

Que l'office fasse participer le Bureau du défenseur des droits des enfants à la planification relative aux enfants survivants. 1

Que l'office fasse état des buts visés et des indicateurs de résultats dans un contrat conclu avec des fournisseurs de services parallèles. 1

Que l'office s'assure que les foyers nourriciers supervisés par d'autres organismes sont conformes aux normes relatives aux autres fournisseurs de soins et que ces foyers reçoivent tout l'appui qui leur faut. 1

Que l'office passe des contrats pour obtenir régulièrement des rapports écrits sur les cas partagés impliquant un traitement ou un placement en foyer nourricier. Si le fournisseur refuse, il est conseillé que l'office en informe la direction de l'organisme. 1

**8**

**Mesures provinciales recommandées à l'égard des services**

(Ces recommandations proposent des changements dans le système de protection de l'enfance.)

Que la Province amende les normes de pratique et le règlement sur les foyers nourriciers afin d'exiger des notes écrites des personnes qui fournissent un soutien et d'autres services non médicaux aux enfants pris en charge. 1

Que la Province exige que les visites d'inspection dans les foyers nourriciers se fassent quand les enfants concernés sont présents. 1

Que la Direction des services de protection des enfants s'assure que les foyers nourriciers gérés par des organismes non autorisés font l'objet d'une vérification ponctuelle. 1

Que la Direction des services de protection des enfants amende le règlement et le manuel sur les foyers nourriciers afin d'obliger les fournisseurs de services de relève d'accorder une attention indivise aux enfants pris en charge. 1

**4**

**Recommandations interprovinciales**

Que la Direction des services de protection des enfants obtienne des renseignements sur un individu en particulier tiré du registre des cas d'enfants maltraités d'une autre province. 1

| | |
|---|---|
| **Total** | **1**<br>**102** |

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires du présent rapport, adressez-vous au :

**Bureau du médecin légiste en chef**
**1, avenue Wesley, bureau 210**
**Winnipeg (Man.) R3C 4C6**

**Tél. : 204-945-2088**
**Téléc. : 204-945-2442**